



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“INTERVENCIÓN CONDUCTUAL PARA
PADRES COMO PREVENCIÓN DE
PROBLEMAS DE CONDUCTA”**

T E S I S

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

P R E S E N T A N :

**GARCÍA SÁNCHEZ ALFONSO
MELTZ AGUADO ERICA BELEN**

DIRECTORA DE TESIS:

LIC. NOEMÍ BARRAGAN TORRES

REVISOR DE TESIS:

LIC. ISAAC SELIGSON NISSENBAUM

SINODALES:

**DR. HÉCTOR AYALA VELÁZQUEZ
MTRO. LOENARDO REYNOSO ERAZO**

**LIC. LETICIA ECHEVERRÍA
AUTÓNOMA DE MÉXICO**



MÉXICO, D.F.

2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



**EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGÍA**



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.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología por habernos brindado los conocimientos, habilidades y oportunidades que nos formaron como profesionales.

A la Lic. Noemí Barragán por su perseverancia y exhortación para alcanzar los objetivos deseados.

A la Mtra. Silvia Morales Chainé por el empeño y tiempo dedicado a la elaboración de este trabajo.

*García Sánchez Alfonso
Meltiz Aguado Erica Belén*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
1.0 PSICOLOGÍA Y SALUD	
1.1 ANTECEDENTES Y DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD	1
1.2 IMPORTANCIA DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD	4
1.3 CONDUCTAS SALUDABLES	7
1.4 CONCLUSIÓN	8
2.0 PSICOLOGÍA COMUNITARIA	
2.1 PSICOLOGÍA COMUNITARIA	9
2.2 PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA	10
2.3 APLICACIÓN DE INTERVENCIONES COMUNITARIAS	14
2.4 CONCLUSIÓN	17
3.0 INTERVENCIONES CONDUCTUALES DE PROBLEMÁTICAS INFANTILES	
3.1 PROBLEMAS DE CONDUCTA EN NIÑOS	18
3.2 INTERVENCIONES CONDUCTUALES PARA EL MANEJO DE PROBLEMAS DE CONDUCTA	21
3.3 VALIDACIÓN SOCIAL	26
3.4 CONCLUSIÓN	27
ESTUDIO 1	
DIAGNÓSTICO COMUNITARIO	
ESTUDIO DESCRIPTIVO	29
OBJETIVO	33
MÉTODO	34
RESULTADOS	38
DISCUSIÓN	60

ESTUDIO 2	
INTERVENCIÓN COMUNITARIA	
OBJETIVO	65
MÉTODO	65
RESULTADOS	72
DISCUSIÓN	91
CONCLUSIÓN Y PROPUESTA	95
BIBLIOGRAFÍA	98
ANEXO 1 MAPA	
ANEXO 2 CUESTIONARIO DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIA	
ANEXO 3 CUADERNILLO DE ENTRENAMIENTO PARA PADRES EN HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL Y MANEJO DE PROBLEMAS DE CONDUCTA	
ANEXO 4 REGISTRO DE SEGUIMIENTO INSTRUCCIONAL	
ANEXO 5 REGISTRO DIARIO EN CASA	
ANEXO 6 REGISTRO ACC	
ANEXO 7 CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS PARA PADRES	
ANEXO 8 CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN SOCIAL	

INTRODUCCIÓN

En las últimas dos décadas estudios epidemiológicos y psicosociales muestran un incremento en problemas emocionales, conductuales, cognoscitivos, y psicofisiológicos entre la población de nuestro país. Estos problemas se encuentran íntimamente ligados a problemas de inadecuada nutrición, problemas económicos, contaminación ambiental, desintegración familiar, niveles educativos cada vez más pobres, etc. México busca mejorar su nivel de vida, por lo que es necesario que entre otras cosas la población tenga derecho a la salud (entendida no únicamente como la ausencia de enfermedad).

La situación actual muestra que nuestro país y nuestras instituciones deben cambiar, por lo que es necesario que sus profesionales respondan a estos cambios formándose en diversas áreas que ayuden a analizar, detectar y atender problemas de salud en un nivel preventivo, utilizando en forma óptima los recursos financieros y humanos.

Por lo anterior resulta indispensable realizar investigaciones encaminadas a conocer las condiciones y necesidades de la población, estas deben favorecer el desarrollo de programas que promuevan la salud física y psicológica en los sectores vulnerables.

En la actualidad, los problemas que más se reportan en este tipo de investigaciones son aquellos relacionados con la conducta infantil inadecuada como la desobediencia, berrinches, agresión y oposición. A largo plazo, estas conductas tienen alta probabilidad de suscitar comportamiento delictivo, pandillerismo, violencia intrafamiliar, uso de sustancias, etc.

Por esta razón es fundamental enseñar a los padres de familia habilidades de manejo conductual infantil, para mejorar los estilos de crianza, la interacción entre padres e hijos, "desaprender" viejos hábitos asociados a conflictos o "reaprender" estrategias más saludables

En la presente investigación se decidió utilizar técnicas conductuales de manejo infantil ya que estas son estructuradas, orientadas a metas y focalizadas en los problemas inmediatos que enfrentan padres e hijos. Estas se consideran una aproximación flexible e individualizada, que puede ser aplicada a un amplio sector de la población en diversas modalidades (individual y grupal), son compatibles con un amplio rango de tratamientos que las personas pudieran ameritar, tales como la farmacoterapia y otros

1



PSICOLOGÍA Y SALUD

1.1 Antecedentes y Definiciones del Concepto de Salud

El concepto de Salud se ha ido transformando debido a la influencia de los cambios que ha sufrido la sociedad a través de los años, teniendo grandes implicaciones sociales, académicas, políticas y culturales, por lo que múltiples disciplinas como la psicología, sociología, epidemiología y trabajo social se han incorporado al área de la salud tomando en cuenta otros aspectos de ésta además de la enfermedad física

Establecer una definición de salud es más complicado de lo que parece, ya que cada país, cada cultura, cada comunidad e inclusive cada persona pueden tener una percepción diferente de lo que es la salud (Sheridan y Radmaches, 1992) Así por ejemplo durante la pre-historia (10,000 A C) se consideraba que la salud era puesta en riesgo debido a la entrada de espíritus malignos al cuerpo. Para los Hebreos (1000 – 300 A C) la salud estaba dada por Dios y la enfermedad era un castigo del mismo; los Chinos (1100 – 200 A C) consideraban que la salud era un balance de las fuerzas naturales. Galeno en la antigua Roma (200 D C) sostenía que la salud era la ausencia de patógenos tales como aires malignos o fluidos del cuerpo que causaban enfermedad. Los primeros Cristianos (600 D C) afirmaban que la salud no era tan importante como la enfermedad, las personas enfermas eran elegidas de Dios. Vichow en Alemania (1800) descubrió que las enfermedades son producidas por organismos microscópicos que invadían las células. Freud en Viena (1800 – 1900) consideraba que la salud estaba influida por las emociones y la "mente" (Brannon y Feist, 1996)

De esta manera en el siglo XX surge el modelo biomédico de la salud el cual domina la perspectiva del tratamiento de las enfermedades, este modelo se basa en el paradigma del dualismo cartesiano, que considera mente y cuerpo como dos entidades separadas, y que las enfermedades son causadas por patógenos específicos, es decir, que un organismo provoca la enfermedad. Por consiguiente este modelo define

exclusivamente a la salud en términos de la ausencia de enfermedad (Sheridan y Radmaches, 1992)

Sin embargo, a finales del siglo XX diferentes profesionales de la salud, como Engel, Jasnosi y Schwartz, cuestionaron la funcionalidad de este modelo, afirmando que es necesario para explicar la salud, pero que no es suficiente, ya que este modelo limita la definición de salud y junto con esta las alternativas de prevención y tratamiento que pudieran existir.

De esta manera surge un modelo alternativo que incorpora no solamente el aspecto biológico, sino también el psicológico y el social. Este modelo se conoce como biopsicosocial de la salud y se basa en determinar la mayor cantidad de causantes de la enfermedad para llegar a tratamientos racionales y desarrollar programas de cuidado a la salud tomando en cuenta el contexto en el que viven las personas y el papel que juegan los estilos de vida. Este modelo se basa en la teoría general de sistemas; y se encuentra conformado por tres sistemas distintos, el biológico y psicológico que se encuentran dentro de la persona, la cual está inmersa en el sistema social. Estos sistemas se interrelacionan de tal forma que cada uno afecta y es afectado por los demás (Sheridan y Radmaches, 1992, Sarafino, 1998).

Autores como Antonovzky en 1987, Bradley en 1993, Ryan y Travis en 1981 propusieron que la salud y la enfermedad no son términos excluyentes, es decir, la salud no implica solamente la ausencia de enfermedad ni viceversa, sino que representan los puntos extremos de un continuo en el cual los individuos fluctúan a lo largo de su vida. En un extremo de este continuo se encuentra la muerte, y en el otro completo bienestar, a lo largo de este existen varios segmentos o niveles de salud, los cuales están influenciados por los estilos de vida de cada individuo (Sarafino, 1998).

La Organización Mundial de la Salud (1954) definió la salud como *"el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o de afección"* Tomando en cuenta lo anterior, la salud no es solo bienestar en el aspecto físico o en su relación con el medio ambiente, sino también con el ambiente social y cultural. De acuerdo a esta postura, la salud es una condición de equilibrio dinámico con el ambiente, por lo que la enfermedad se presenta cuando se rompe ese equilibrio (Sánchez Rosado, 1994)

Reig, Rodríguez y Mirá (1987) proponen la incorporación de otros factores a un nuevo modelo de salud. En primer lugar consideran a la salud como un derecho social básico y la entiende como un concepto integral que incluye la promoción, prevención, rehabilitación y reinserción. Mencionan que se ha producido un cambio radical en las tasas de morbilidad y mortalidad, por lo que se ha constatado que lo importante no es lo que la gente tiene sino lo que hace. Y por último, afirman que la aparición, desarrollo y aplicación del análisis funcional de la conducta y de la terapia de comportamiento, ha abierto la posibilidad de intervenciones psicológicas como alternativas o complementarias a la intervención biomédica.

Como muestra la epidemiología, la conducta es el principal contribuyente al estatus de salud, por lo que el desarrollo de la psicología de la salud puede aportar una buena relación costo-utilidad, que implica ampliar la duración de la vida y mejorar la calidad de esta.

Se puede decir que la salud es la búsqueda de solución para los problemas que a cada instante surgen en la relación del hombre con su ambiente. Lo importante es que en esta interacción hombre-ambiente, la calidad y la intensidad de la respuesta del organismo sean adecuadas a los estímulos del medio para mantener el equilibrio tanto con el ambiente interno como con el ambiente externo.

1.2 Importancia de la Psicología de la Salud

La psicología se ha involucrado en el campo de la salud desde principios del siglo XX. En 1911 la American Psychological Association (APA) propuso que la psicología debería incorporarse a la educación de la medicina. En 1912, Watson planteó un curso de psicología para los estudiantes de medicina. Durante los 40's los médicos trataron de incorporar los estudios de psicología a la medicina, sin embargo, solo los psiquiatras tuvieron acceso a ella. En la década de los 70's prácticamente todas las escuelas de medicina tenían un departamento de psicología. Para los 90's los psicólogos de la salud no solamente se les consideraba como aplicadores de pruebas psicológicas, sino que fueron aceptados como miembros del personal de una gran cantidad de hospitales (Matarazzo, Lazarus, Melamed y Schwartz, 1984).

La primera forma en que la psicología participó directamente en el campo de la salud fue por medio de la medicina psicosomática. Cannon's en 1932 demostró que la emoción causa cambios fisiológicos que pueden conducir al desarrollo de una enfermedad física. McHugh y Vallis en 1986 enfatizaron la importancia de los factores psicológicos y sociales en el desarrollo de la enfermedad, sin embargo, esta disciplina se encontraba sujeta al campo médico (psiquiatría), por lo que era necesario crear un área nueva donde se pudiera integrar la fisiología y la psicología, de esta manera surge la medicina conductual (Brannon y Feist, 1996).

La medicina conductual surge en la década de los 70's como respuesta al creciente conocimiento del vínculo entre comportamiento y enfermedad y el desarrollo de técnicas conductuales efectivas para resolver problemas de salud, de esta manera se involucra el aspecto psicológico dentro de la salud. El objetivo de la medicina conductual es integrar la medicina y varias de las ciencias de la conducta, especialmente la psicología, con el fin de promover, diagnosticar, dar tratamiento y rehabilitación (Brannon y Feist, 1996).

Una nueva disciplina llamada salud conductual comienza a surgir al mismo tiempo que la medicina conductual. Esta enfatiza el realce de la salud y prevención de la enfermedad más que el diagnóstico y el tratamiento de la misma. Su principal objetivo es el de prevenir las enfermedades por medio de la promoción de estilos de vida saludables.

De la conjunción de la medicina conductual y la salud conductual surge una nueva rama de la psicología que es la psicología de la salud, esta relata la conducta individual y los estilos de vida que afectan la salud física de las personas. Incluye aspectos psicológicos que mejoran la salud como la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de factores de riesgo, el mejoramiento del sistema de cuidado a la salud, y el desarrollo de una opinión pública favorable a la salud (Sarafino, 1998; Brannon y Feist, 1996)

La División de Psicología de la Salud introdujo en 1978 el término de Psicología de la Salud. Joseph Matarazzo, el primer presidente de esta División propuso la siguiente definición *"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 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, 1994)

Para comprender el significado de la psicología de la salud hay que hacer referencia a los cambios en el concepto de salud dominante. Matarazzo (1984) señala que los factores de riesgo asociados a las principales causas de mortalidad y morbilidad, caen dentro de los estilos de vida

Así, la influencia estimada en porcentajes de cuatro grupos de factores de algunos problemas de salud, corresponde por orden al estilo de vida (51 %), los factores biológicos (20 %), las influencias ambientales (19 %) y los servicios de cuidados de la salud (10 %). Se observa como el estilo de vida explica más de la mitad de la variación de los datos. Estas conductas patógenas pueden ser, en principio, modificadas y repercutir sobre el estatus de salud (Latorre y Benet, 1994).

Reig, Rodríguez y Mirá (1987) señalaron que la psicología de la salud se basa en cuatro suposiciones básicas. La primera es que determinados comportamientos incrementan el riesgo de ciertas enfermedades, es decir, que la conducta es el factor de riesgo. Que la modificación de algunos comportamientos puede reducir la probabilidad de riesgo de determinados procesos de salud. En tercer lugar que el comportamiento se puede cambiar con relativa facilidad. Y por último, que las intervenciones psicológicas pueden resistir un análisis de costo - utilidad / eficacia.

Lo más importante de la psicología de la salud aplicada son sus perspectivas de futuro, que están relacionadas con la idea de salud pública, el auge de la prevención primaria y la promoción de la salud.

De esta manera, la salud pública tiene como objetivo hacer llegar los conocimientos y adelantos de la tecnología biomédica a la población, mediante la organización de sistemas que administran los recursos en función de las necesidades del país. Esta disciplina tiene un carácter preventivo. Mustard y Stebbins (1965) consideraban esta disciplina *"como un cuerpo de conocimientos y prácticas que contribuyen a la salud colectiva, ya sea con medidas preventivas, curativas o con ambas"*

Por otra parte, Leavell y Clark (1965) se dedicaron a investigar el concepto de salud en el ámbito preventivo; definieron el concepto de Medicina Preventiva como la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud y eficiencia física y mental ejercida con el fin de interceptar las enfermedades en cualquier fase de su evolución. Propusieron tres niveles de acción preventiva. La prevención primaria tiene como finalidad evitar que la enfermedad se presente; la prevención secundaria tiene como propósito detener la progresión de los procesos patológicos y, la prevención terciaria pretende limitar las secuelas o rehabilitar a las personas ya afectadas.

De esta manera las acciones preventivas pueden desempeñarse en las diferentes etapas de la enfermedad y todos los niveles de ejecución de la medicina preventiva son del interés de la salud pública (Vega y García, 1992).

1.3 Conductas Saludables

El objetivo de la prevención de la enfermedad es el de favorecer la adquisición por parte de los individuos de conductas saludables y modificar aquellas otras que, representan un riesgo para la salud. Una conducta saludable está regulada tanto por la educación sanitaria que las personas reciben, como por su situación vital concreta e inmediata (Stone, 1982).

Las conductas de salud o inmunógenos conductuales son todos aquellos comportamientos que promueven un estado de salud general, por ejemplo, seguir una dieta equilibrada, hacer ejercicio físico, dormir adecuadamente, etc. Estas conductas se convierten en hábitos de salud cuando son establecidas y arraigadas en el repertorio comportamental del individuo. Una característica fundamental de los hábitos de salud es que son conductas aprendidas y, por consiguiente, se adquieren, se mantienen, y se extinguen siguiendo las leyes del aprendizaje (Hunt, Matarazzo, Weiss, Gentry, 1979).

Por lo tanto, la psicología de la salud esta encaminada a desarrollar conductas y hábitos que favorezcan la salud tanto individual como colectiva por medio de los procesos de aprendizaje (reforzamiento, moldeamiento, extinción, generalización, etc.), de esta manera se promueve la prevención de enfermedades, que de no ser así provocarían fuertes costos sociales.

1.4 Conclusiones

La sociedad ha tenido grandes implicaciones sociales, académicas, políticas y culturales, por lo que el concepto de salud se ha ido transformando a través de los años.

En las últimas décadas se ha observado un interés creciente por vincular la psicología con los problemas de salud humana. Han aparecido nuevas interdisciplinas o subcampos de conocimiento como lo es la salud conductual, la medicina conductual, la inmunología conductual, la psicología de la salud y la medicina preventiva. Todas estas interdisciplinas tienen como propósito destacar la importancia que revisten los factores derivados del comportamiento individual en la prevención, intervención terapéutica y rehabilitación de los problemas de salud.

2



PSICOLOGÍA COMUNITARIA

2.1 Psicología Comunitaria

La salud es un recurso biopsicosocial que favorece la productividad del hombre y la economía de la población, lo cual se traduce en la elevación del nivel de vida y como consecuencia en bienestar común. Debido a esto, el objetivo de la salud pública es el brindar a la población programas que promuevan la salud y que impliquen un bajo costo económico y social. Es por esta razón, que es imposible hablar de salud pública en general sin tomar en cuenta las comunidades que la componen.

Una comunidad es el conjunto de grupos de población que viven juntos en un lugar, urbano o rural, en condiciones específicas de organización y de cohesión social y cultural (San Martín y Pastor, 1988). Funcionalmente se entiende, como el conjunto de comportamientos que caracterizan a ese colectivo de personas y que son los medios de que disponen para resolver sus problemáticas y satisfacer sus necesidades (Rueda, 1994).

Dado que la comunidad tiene la capacidad de producir en algún grado socialización, salud, solidaridad, educación y cultura, es indispensable una disciplina que una las características individuales y del grupo social en que se desenvuelven las personas.

Esta disciplina es la psicología comunitaria cuyos objetivos básicos son la toma de conciencia por parte de la comunidad acerca de su situación y sus problemas, así como de la posibilidad de resolverlos conjuntamente, decidir, controlar y realizar la acción transformadora y organizar el trabajo comunitario asignando derechos y obligaciones a los miembros que la componen (Montero, 1989).

2..2 Programas de Intervención Comunitaria

Los modelos o programas comunitarios son definidos ampliamente como el proceso para incrementar influencias sobre condiciones que motivan a la gente que comparte experiencias, vecindarios, negocios o costumbres. Una iniciativa comunitaria frecuentemente opera como una coalición de personas hacia un propósito común (Wolff, 1992).

Programas de intervención comunitaria se han llevado a cabo en varios países para promover estilos de vida saludables, obteniéndose resultados satisfactorios e impactantes, ya que abarca a las distintas instituciones y personal de salud así como a los miembros de la comunidad interesados en el mejoramiento de su calidad de vida (Fawcett, 1991)

Fawcett, White, Balcazar, Suarez-Balcazar, Mathews, Paine, Seekins y Smith (1994) basándose en la teoría de prevención de Albee (1982) propusieron un modelo de promoción de la salud y desarrollo comunitario mediante el cual se habilita a la sociedad para mejorar sus condiciones de vida. afirman que una persona o grupos y los factores ambientales afectan las habilidades de la comunidad para promover cambios en sus valores y en su comportamiento

El Modelo de Habilitación Comunitaria (Model of Community Empowerment) propuesto por Fawcett, Paine-Andrews, Francisco, Schultz, Richter, Lewis, Williams, Harris, Berkley, Fisher y Lopez (1995) consta de cinco elementos interrelacionados: planeación colaborativa, acción comunitaria, cambio comunitario, capacitación y resultados y, finalmente adaptación, renovación e institucionalización

La planeación colaborativa es el primer elemento del proceso de habilitación, en el cual los líderes comunitarios y el resto de las personas se organizan para establecer

una misión, formar un plan de colaboración, definir metas e implementar cambios en la comunidad

Esta planeación requiere indispensablemente del diagnóstico en salud comunitaria, que es una investigación cuyo propósito es el de conocer la situación de salud en la que se encuentra la población. Cuenta con una metodología y técnicas específicas para conocer y explicar la realidad. Su propósito es la transformación de la realidad estudiada para beneficio del hombre. Para lograr un diagnóstico comunitario completo es indispensable que pase las siguientes etapas: la etapa descriptiva, la explicativa o analítica, la de pronóstico y la etapa evaluativa (Hernández e Immer, 1997).

Como nivel descriptivo, sus objetivos se enfocan en determinar la ocurrencia o distribución de enfermedades u otros indicadores concretos de salud, o de correlatos seleccionados de la salud y la enfermedad en la población del consultorio de Atención Primaria, o en el seno de uno o varios de sus subgrupos.

En el ámbito analítico, los propósitos son identificar grupos subsidiarios de cuidados especiales (clases sociales o grupos étnicos con alta prevalencia de una determinada patología o de un hábito nocivo), determinar los factores causales operantes en el ámbito de la población del consultorio, especificar cuales atributos o combinaciones de estos cabría usar como marcadores de riesgos para detectar en la población a los individuos o grupos vulnerables e, identificar síndromes comunitarios.

La etapa de pronóstico es la que predice los posibles resultados del diagnóstico, así como una descripción detallada de los factores de riesgo y protectores de la población específica

La etapa evaluativa estima los resultados reales del diagnóstico comunitario, especifica las necesidades percibidas por las personas y describe los factores de riesgo y protectores de la población (Hernández e Immer, 1997)

El diagnóstico comunitario permite medir el estado de salud de una comunidad para poder orientar las actividades de salud hacia objetivos reales y específicos; evaluar los resultados (utilidad-eficacia y rendimiento de los programas); planificar los servicios y programas de salud, realizar investigación epidemiológica para la prevención de enfermedades, en la educación sanitaria, en medicina y atención médica, y en el conocimiento de cómo se evalúa la salud-enfermedad en una misma comunidad (Abramson, 1990)

Para llevar a cabo el diagnóstico comunitario deben tomarse en cuenta los tres tipos de recursos existentes en una comunidad. En primer lugar están los recursos humanos, es decir, los grupos de la comunidad, dirigentes locales y voluntarios que participan, posteriormente se encuentran los recursos técnicos e institucionales, y finalmente los recursos materiales, como lo son los establecimientos comerciales e industriales, y la ayuda externa a la comunidad (Ander, 1993)

El segundo y tercer elemento del Modelo de Habilitación es la acción y el cambio comunitario respectivamente, ambos están entre lo que se espera y los resultados de la salud y desarrollo comunitario. La acción comunitaria (intervención) consiste en las maniobras realizadas por los líderes y los miembros encaminadas a lograr cambios con respecto al objetivo inicial. Los cambios comunitarios se refieren a la aplicación de programas nuevos o adaptados, políticas o prácticas relacionadas con el objetivo de la intervención (Fawcett, Paine-Andrews, Francisco, Schultz, Richter, Lewis, Williams, Harris, Berkley, Fisher y Lopez, 1995). Tanto los líderes como el grupo comunitario deben estar en contacto e intercambiar información acerca de los procesos y realización de la sociedad para promover mejoras (Gabor 1990)

Antes de la aplicación de una intervención comunitaria, los profesionales de la salud y la comunidad, deben llevar a cabo un estudio de la misma, identificar y jerarquizar las necesidades, definir los problemas y aspiraciones de la misma, planificar a nivel técnico y a nivel de la comunidad, ejecutar el plan a nivel de comités de trabajo y evaluación periódica en los distintos sectores

El desarrollo de un programa de intervención para una comunidad específica requiere del conocimiento de su historia, la forma de organización que tiene la comunidad, de cómo se ha desarrollado a lo largo del tiempo y de los problemas que los habitantes perciben como importantes. Ningún programa de intervención es realmente útil si no obtiene la aceptación de la población y su participación activa en él. Lo más importante es cambiar hábitos, creencias y actitudes de la población (Jacobson, 1986).

La capacitación y resultados comunitarios son el cuarto elemento del modelo y son las metas finales de la colaboración. La capacitación comunitaria es la habilidad de la comunidad para perseguir los cambios que propuso y el curso de las acciones, tanto en el presente como en el futuro. Esta capacitación puede ser afectada por una variedad de personas o grupos y factores ambientales (Fawcett, Paine-Andrews, Francisco, Schultz, Richter, Lewis, Williams, Harris, Berkley, Fisher y López, 1995)

Finalmente, el quinto elemento es la adaptación, la renovación y la institucionalización, estos son elementos dinámicos del programa que deben estar presentes a lo largo de la intervención comunitaria, ya que la comunidad no es un ente estático, sino que está cambiando constantemente y el programa debe tener la capacidad de cubrir las necesidades que van surgiendo

El Modelo de Habilitación propone que debe existir un equipo de apoyo que involucre tanto miembros y líderes de la comunidad, como profesionales de la salud que

cuentan con el respaldo de diferentes organizaciones e instituciones. Estos se conocen como grupos de trabajo y deben estar compuestos de individuos con preparación académica y conocimiento experimental en ciencias conductuales, salud pública y desarrollo comunitario. Los líderes y miembros son los agentes de cambio conductual en la comunidad (Chavis, Florin y Felix, 1993)

La Habilitación Comunitaria brinda información y asistencia técnica a la población, conduce talleres de trabajo y sesiones de entrenamiento, y establece contacto con instituciones y otras fuentes. También es una manera de medir los logros a corto, mediano y largo plazo, así como el impacto de las habilidades aprendidas (Fawcett, Paine-Andrews, Francisco, Schultz, Richter, Lewis, Williams, Harris, Berkley, Fisher y López, 1995).

2.3 Aplicación de Intervenciones Comunitarias

Este Modelo fue aplicado entre 1993 y 1995 en tres comunidades de Kansas en un programa de prevención de abuso de sustancias en adolescentes, el proyecto Libertad de Wichita, Kansas. Cada comunidad utilizó una estrategia de coalición de acuerdo a sus necesidades para alcanzar el objetivo, el cual consistía en reducir el uso de sustancias en adolescentes. El Grupo de Trabajo estaba formado por individuos con preparación académica y conocimientos en ciencias de la conducta, salud pública y desarrollo comunitario. Este grupo proporcionó asistencia técnica a los líderes y a los miembros de la comunidad.

Durante el primer año del proyecto estas coaliciones se dedicaron a buscar más información sobre los determinantes locales relacionados con el problema, los recursos con que contaban y los limitantes a los que debían enfrentarse así como las soluciones específicas para cada comunidad.

Identificaron y analizaron los factores protectores y de riesgo para el consumo de sustancias. Posteriormente cada comunidad desarrolló un plan de acción para promover cambios potenciales en los adolescentes, involucrando a los miembros de la comunidad con mayores habilidades para realizar el cambio. A lo largo del programa en cada comunidad los líderes y miembros informaban al grupo de trabajo acerca de sus avances y procedimientos, estos a su vez proporcionaban retroalimentación a las comunidades.

Los cambios que se obtuvieron fueron distintos en cada comunidad. Para facilitar el cambio fue necesario crear nuevos programas y leyes, en algunos casos modificar los que ya existían. Por ejemplo, se creó un programa de ayuda para los alumnos de las preparatorias, se prohibió que se promoviera en las estaciones de radio el consumo de bebidas alcohólicas y algunos sacerdotes fueron entrenados en métodos de prevención de abuso de sustancias (Fawcett, Paine-Andrews, Francisco, Schultz, Richter, Lewis, Williams, Harris, Berkley, Fisher y Lopez, 1995).

A mediados de 1980, en Chile el consumo desenfrenado de alcohol provocó un gran impacto en la sociedad y sobre todo en el sector salud. Pocos años después, el problema del alcoholismo cobró niveles dramáticos en la sociedad, ya que el 20% de la población Chilena se encontraba dentro de la categoría de bebedor excesivo. Paradójicamente no se observaban desde los organismos estatales de salud programas educativos que permitieran tomar real conciencia de sus consecuencias (Silva y Undurraga, 1990)

Esta situación creó la necesidad de desarrollar una línea de trabajo en prevención, a través de la implementación de modelos de educación masiva que abarcaran no solamente al sistema educativo, sino también a las organizaciones locales, grupos de salud, comunitarios, trabajadores sociales, epidemiólogos y medios de comunicación. Su trabajo se enmarcó dentro de la investigación-acción y pretendió

mostrar el desarrollo de una campaña de educación masiva en alcoholismo y drogadicción enfatizando la sensibilización y prevención de la población

Esta intervención estuvo dirigida a la población Yungay ubicada al sur de Santiago de Chile, con un total de 86 integrantes, la campaña tuvo una duración de dos meses y medio durante los cuales se estableció el contacto con la comunidad, se identificaron y jerarquizaron las necesidades, se planteó el problema, se estableció el plan de acción , se llevo a cabo la acción comunitaria, se evaluó este programa y hubo retroalimentación. Las técnicas más usadas en cada una de estas fases fueron la dinámica de grupos, entrevistas, encuestas, asambleas, foros y dramatización.

La metodología empleada consistía en que el grupo de trabajo capacitara a los líderes comunitarios de tal manera que pudieran sensibilizar y transmitir al resto de la población las causas y efectos de este mal común. Una vez que la población manejaba el tema adecuadamente comenzaron a difundir mensajes de prevención en los medios de comunicación, el evento final consistió de un evento cultural para atraer especialmente al sector menos organizado, la estructura era la presentación de diversos números artísticos, una obra teatral, lectura de mensajes acerca del alcoholismo y drogadicción juvenil y presentación de las organizaciones integradas.

Con este plan de acción un amplio sector juvenil se fue incorporando a este grupo de trabajo de tal manera que los medios de comunicación los patrocinaron para seguir transmitiendo el mensaje al terminar la intervención comunitaria como tal (Silva y Undurraga, 1990)

2.4 Conclusión

Se puede decir que la salud no solamente se refiere al aspecto individual, sino también al que abarca a la comunidad, por esta razón, la salud pública se centra en prevenir y combatir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia de los individuos a través del esfuerzo organizado del grupo. De esta manera la comunidad funciona como agente de cambio en su situación de salud.

El trabajo comunitario juega un papel preponderante en el sector salud y gubernamental ya que se maximiza la prevención y promoción adecuada de estilos saludables de vida y se minimizan los costos económicos y sociales que los problemas de salud representan.

El programa de intervención comunitaria debe tener como propósito fundamental la capacitación de los individuos, a fin de sensibilizarlos sobre los problemas y la búsqueda de soluciones a través de sus propios esfuerzos, con lo cual se obtiene un mejoramiento real en las condiciones de vida.

Para asegurar el éxito en la planeación y desarrollo de programas de intervención, es necesario el establecimiento de objetivos que permitan definir y determinar los cambios que se pretenden alcanzar, estos deben ser específicos, medibles y relevantes. Se debe involucrar a la gente en el funcionamiento del programa ya que las personas de la comunidad tienen un punto de vista más realista y directo sobre las necesidades que deben cubrirse, además esto permite que los cambios realizados en la comunidad tengan un mayor impacto y duración.

3



INTERVENCIÓN CONDUCTUAL
DE PROBLEMÁTICAS INFANTILES

La Psicología Preventiva busca aislar los factores que anuncian problemas de salud psicológica y su incidencia en la población general. Es posible, a partir de la investigación sistemática de estos factores, llamados factores de riesgo, dirigir las intervenciones encaminadas a evitar su ocurrencia. Como contraparte a los factores de riesgo, los factores que anuncian bienestar psicológico, llamados factores protectores, constituyen propiamente los objetivos a lograr en la intervención preventiva efectiva (Hernández-Guzman y Sánchez-Sosa, 1991)

El modelo preventivo surgió originalmente de la salud pública refiriéndose al proceso mediante el cual se rompe el equilibrio de la salud dándose la enfermedad. La ruptura del equilibrio ocurre a lo largo del tiempo, y comienza a partir de los contactos iniciales de la persona con factores de riesgo hasta la aparición de los primeros signos de deterioro (Hernández-Guzman y Sánchez-Sosa, 1994)

La salud psicológica es un componente esencial para el funcionamiento adecuado del ser humano. La gran mayoría de los problemas psicológicos se vinculan con diversos factores en constante interacción a lo largo del desarrollo del individuo. Este enfoque se ha llamado interactivo o contextual de acuerdo con el cual los problemas de salud surgen de la interacción de la persona con una combinación de factores de riesgo y se retroalimentan a lo largo de la vida (Jacob, 1987).

3.1 Problemas de Conducta en Niños

Durante el periodo de máximo crecimiento y desarrollo, los niños se ven estimulados y controlados continuamente por las acciones y actitudes de sus padres. Los padres configuran y modifican la conducta de los pequeños mediante señales adecuadas de aprobación o desaprobación con respecto a la sociedad (Campion, 1987)

Burton-White (1975) describe las funciones primarias de los padres como diseñadores del ambiente, consultores para sus hijos y figuras de autoridad. Sin embargo, el tema de la disciplina constituye un motivo de gran ansiedad, contradicción y confusión de ideas en el conjunto de la sociedad, es decir, esta puede fungir como factor protector o de riesgo dependiendo de la forma en que se lleve a cabo.

En investigaciones sobre el estado de los servicios de atención a la Salud Mental en México, se ha informado que aproximadamente el 50% de la población atendida en centros de salud mental oscila entre las edades de 6 y 12 años, por lo que los programas de atención para niños constituyen el 40% de los servicios de consulta externa de diversas instituciones públicas de salud mental (De la Fuente, 1982; Zimmerman, Baez y Vargas, 1981)

Los problemas que se presentan con mayor frecuencia entre los niños de edad escolar que asisten a solicitar servicios de atención psicológica, son aquellos relacionados con el incumplimiento de las normas o desobediencia a las instrucciones de los adultos, así como la carencia de habilidades sociales y de auto-cuidado (Leitenberg, 1983) En segundo lugar se encuentran los problemas de comportamiento en la escuela, especialmente la agresividad y, finalmente se ubican en el tercer lugar los problemas de ansiedad o hiperactividad (Eljure, 1985)

Se considera generalmente que la desobediencia y agresividad en los niños reflejan patrones de interacción formados en el sistema familiar que el niño reproduce en el ambiente escolar, generando a corto plazo bajo rendimiento académico, conducta disruptiva y problemas de interacción con maestros y compañeros. Y a largo plazo, fracaso y deserción escolar, imposibilidad para obtener empleo estable, delincuencia y drogadicción (Fonserrada, 1986)

Estas consideraciones han provocado el desarrollo de investigaciones cuyo principal énfasis ha sido, por un lado, identificar los factores asociados con estas disfunciones y, por otro, elaborar programas de intervención para darles solución basados el análisis experimental de la conducta (Ayala, Téllez y Gutiérrez, 1994).

Específicamente (Patterson, Reid y Dishian, 1990, Cairns 1990) ha encontrado que la presencia de desobediencia infantil, aunada a la carencia de habilidades de supervisión y mantenimiento de la disciplina por parte de los padres, es predictiva en un alto grado (65%) del desarrollo de patrones de conducta antisocial en los adolescentes y de su inicio en una carrera de delincuencia

En investigaciones realizadas para el tratamiento de conductas problema en niños, se ha encontrado que los niños con escasas habilidades sociales desarrollan una de dos modalidades de comportamiento: la inhibición o la agresión. Estas modalidades de interacción se aprenden durante el proceso de socialización en el núcleo familiar. Como lo señala la Teoría de Aprendizaje Social de Bandura, la conducta y los factores personales y ambientales, actúan como determinantes entrelazados (Arón y Milicic, 1993)

El comportamiento disruptivo se encuentra estrechamente relacionado con los estilos de resolución de las diversas situaciones por parte de los padres. Cuando es escasa la colaboración de los padres para el aprendizaje de ciertas habilidades sociales en sus hijos, raramente ocurre el proceso de generalización de conductas más apropiadas. Se debe involucrar necesariamente al núcleo familiar para que el niño pueda incorporar aquellas pautas socialmente beneficiosas y ampliar su repertorio conductual en los diferentes ámbitos en los que se desarrolla (Ison y Rodríguez, 1997)

En zonas urbano-marginales, factores tales como el bajo nivel de ingresos económicos, el elevado índice de alcoholismo, el cambio frecuente de alguna de las

figuras parentales, la violencia familiar, etc. favorecen al mantenimiento y severidad de los déficit en las habilidades interpersonales y son generadoras de las conductas problema presentadas por los niños (Ison y Rodríguez, 1997)

La Terapia Conductual Familiar es uno de los procedimientos más recurridos y evaluados para el tratamiento de problemas de conducta en niños. Estos procedimientos se han centrado en el manejo de los problemas de pareja, del estrés y depresión de la padres, la falta de auto-control y las escasas habilidades de solución de conflictos dentro de la familia, así como los problemas de conducta en niños. El factor de riesgo que más se reporta en esta terapia son las desventajas socio-económicas de la familia y el aislamiento social de la misma (Dadds y McHugh, 1992)

3.2 Intervenciones Conductuales para el Manejo de Problemas de Conducta

Dentro de la literatura Psicológica, se ha observado que existe un sin fin de problemas conductuales (desobediencia, agresión, oposición y delincuencia entre otros) asociados a la falta de interacción social adecuada, ya sea por la calidad, frecuencia, o duración de la misma, y al establecimiento y cumplimiento de reglas dentro de la familia (González, 1994)

Cuando los padres tienen dificultades con los hijos pequeños se debe regularmente a que ellos no están seguros de lo que deben permitir o tolerar. Son muy inconstantes, es decir, elogian y castigan al niño por la misma conducta y son demasiado rígidos e inflexibles (Campion, 1987)

Bijou y Baer (1961) analizaron en que forma los cambios progresivos de la conducta interactúan con el medio ambiente. Su propósito era lograr una teoría del desarrollo psicológico conformada por un grupo de proposiciones que muestren las

relaciones generales medio ambiente / conducta y que resuman las interacciones particulares que se observan en el niño.

La investigación funcional considera que el comportamiento del niño se encuentra determinado por sus consecuencias, por lo que resulta pertinente identificar las funciones que tienen diferentes eventos del medio. El análisis funcional del comportamiento, es fundamentalmente un estudio de las funciones del ambiente físico y social, de los arreglos de estos respecto al comportamiento y de las restricciones que le imponen (López, 1993).

En investigaciones dirigidas al desarrollo de programas de tratamiento para niños que presentan conducta antisocial se ha puntualizado la importancia de establecer repertorios de seguimiento instruccional, como una estrategia fundamental para incidir en la reducción o eliminación del comportamiento agresivo y antisocial. Los resultados que estos estudios refieren parecen aportar datos empíricos que apoyan el uso de esta estrategia de intervención (Forehand y Atkenson, 1977) Richman, Stevenson, y Graham, (1982) hallaron que la cuarta parte de una gran muestra (n=705) de niños de 3 años tenían problemas de conducta, y que el 75% de esos niños no habían superado sus problemas a la edad de 8 años

Durante los últimos años, la participación de los padres en los programas conductuales dentro del área de la terapéutica infantil ha cobrado gran importancia tanto para la prevención como para el tratamiento de problemas de conducta (Kimberly, Zychowski, Stuhldreher y William, 2000)

McDowell (1976) definió la capacitación a padres como un programa que tiene el objetivo tanto de mejorar las interacciones padre-hijo como de aprender a manejar la conducta de los niños, su finalidad es la de cambiar patrones desadaptativos de interacción.

Uno de los programas más utilizados dentro de esta área es el Entrenamiento Conductual a Padres que consiste en la enseñanza de habilidades apropiadas para la crianza infantil, por ejemplo, dar órdenes de manera adecuada, así como técnicas de manejo infantil tanto para decrementar conductas no deseadas en el niño como para incrementar conductas deseadas en él (Morales, 1996). McMahon y Forehand (1984) realizaron un estudio aplicando este tipo de entrenamiento, en el cual enseñan a los padres a elogiar conductas deseadas de sus hijos así como el procedimiento de tiempo fuera para conductas inadecuadas (especialmente conductas de oposición, desobediencia y problemas de conducta específicos: enuresis, encopresis y fobias); por medio de técnicas de enseñanza como instrucción didáctica, modelamiento de conductas y ensayos conductuales.

Graziano y Diment (1992) evaluaron los programas conductuales a padres. Plantearon que en esta aproximación, existe la posibilidad de incidir en el ambiente natural del niño, que los datos obtenidos tienen mayor confiabilidad y validez, que es más probable que los resultados se generalicen a otros ambientes, sujetos y conductas, así como que se mantengan los resultados a través del tiempo. De esta manera consideran al entrenamiento como una forma de prevenir problemas a futuro. Sin embargo, enfatizan que el aislamiento social de los padres y los estresores socio-económicos afectan en forma negativa los resultados del tratamiento. En cuanto a la participación de los padres, esta resulta benéfica en función de la edad del niño, es decir, a menor edad de este es más fácil la integración de los padres dentro del tratamiento.

Los objetivos de intervención no deben incluir únicamente la reducción de conductas aversivas de los padres sino incrementar aquellas conductas que favorecen el desempeño del niño. Es muy importante variar las conductas meta en el programa de

entonces de acuerdo con la edad del infante, estas tienen que ser acordes con sus propias capacidades (Azar y Siegal, 1990)

Se ha reportado que algunos padres que tienden a castigar mucho a los niños, los exponen a los efectos colaterales que se producen por el castigo, por ejemplo, rechazo, agresividad, depresión y contraataques (Lutzker, Touchette, y Campbell, 1989). Este uso excesivo del castigo afecta de manera negativa las interacciones de la diada padre-hijo, y por esto mismo es necesario entrenar a los padres a no abusar del castigo, y aumentar el uso del reforzamiento y modelado de las conductas apropiadas.

Harding, Wacker, Cooper, Asmus, Jensen-Kovalan y Grisolano (1999) basándose en la metodología del análisis experimental de la conducta, el cual incluye la manipulación de consecuencias que mantienen una conducta inadecuada y la posibilidad de cambiar los estímulos antecedentes que provocan dichas conductas; llevaron a cabo un estudio para modificar conductas problemáticas en niños pre-escolares, las conductas que debían modificarse eran las de oposición, agresión hacia los compañeros y escasas habilidades sociales. Los autores, después de realizar una serie de observaciones y mediciones decidieron entrenar a los educadores con las estrategias adecuadas de modificación de conducta (reforzamiento de conductas adecuadas, ignorar y castigar conductas inadecuadas y extinción). Los resultados muestran que los niños fueron capaces de disminuir hasta en un 90% las conductas problemáticas

Frick, Christian y Wootton (1999) afirman que la forma de crianza de los padres tiene un papel fundamental en el desarrollo de los problemas de conducta en los niños. Existen diversas teorías que tratan de explicar esta relación, sin embargo, ninguna toma en cuenta la posibilidad de que existan variaciones relacionadas con respecto a la edad del infante y el vínculo entre las prácticas de los padres y el desarrollo de problemas de conducta. Por esta razón, estos investigadores llevaron a cabo un

estudio en el cual trataron a niños y adolescentes que fueron referidos con problemas de conducta con una edad entre seis y diecisiete años

La muestra estaba conformada por 179 sujetos, dividida en tres grupos, el primero de seis a ocho años, el segundo de nueve a doce y el tercero de trece a diecisiete años. A todos los participantes se les administro el Cuestionario de Parentalidad de Alabama (APQ) desarrollado por Frick (1991), que incluye escalas de involucramiento parental, parentalidad positiva, supervisión y monitoreo, inconsistencia en la disciplina y castigo corporal, también les fue administrado el Formato de Entrevista para el Diagnóstico de Niños (Shaffer, Fisher, Piacentini, Schwab-Stone y Wicks, 1992).

Los resultados obtenidos indican que existen diferencias considerables en la forma en que los padres disciplinan a sus hijos en las diferentes etapas del desarrollo. Por ejemplo, el involucramiento de los padres en las actividades de sus hijos así como el uso de técnicas positivas decremента considerablemente después de los nueve años, por otra parte se ve que a mayor edad de los niños la supervisión y monitoreo de los padres disminuye, acentuándose en el grupo de adolescentes, finalmente, los padres utilizan más castigo corporal como estrategia de disciplina con los niños más pequeños y este disminuye conforme los niños crecen. Estos autores proponen que las intervenciones terapéuticas deben de estar acordes con la edad del niño para obtener mejores resultados y evitar conductas delictivas en el futuro (Frick, Christian y Woolton 1999)

Las intervenciones conductuales que se analizaron muestran que estas son efectivas para modificar repertorios conductuales, es decir, decremента conductas inadecuadas de las personas, e incrementar las adecuadas. Un punto básico a considerar dentro de estos programas es el mantenimiento y la generalización de resultados del tratamiento, tanto en el tiempo, escenarios y conductas.

La generalización es muy importante para disminuir la intervención profesional repetida generada por las recaídas de los pacientes; así mismo, la generalización decreta problemas futuros ya que las habilidades enseñadas funcionan como técnicas preventivas para otras situaciones (McMahon y Forehand, 1984) Como ya se describió, el mantenimiento y generalización de resultados de un programa es muy importante, sin embargo, también lo es evaluar la utilidad del programa en la sociedad.

3.3 Validación Social

El Análisis Conductual Aplicado se basa en la premisa de obtener medidas repetidas y replicables. Risley (1970) propone que las intervenciones necesitan ser evaluadas por criterios tanto experimentales como de relevancia social, incluso, una de las diferencias entre el Análisis Conductual Experimental y Aplicado, es que este último se remite a conductas socialmente relevantes, y como tal, debe satisfacer el hecho que los cambios producidos por la manipulación de variables sean importantes tanto empírica como clínica y socialmente.

La validación social consiste en que la sociedad evalúe la utilidad del programa basándose en tres niveles: saber que la sociedad está de acuerdo con las metas del tratamiento; que los procedimientos empleados son efectivos y aceptables; y considerar que los resultados son importantes para la sociedad (Wolf, 1978)

La validación de metas se refiere a evaluar si las conductas meta son realmente lo que la sociedad necesita y quiere. Identifica si los objetivos de los programas de tratamiento toman en cuenta la modificación de conductas socialmente importantes, así como para establecer la satisfacción del consumidor con los objetivos del programa de intervención.

La validación de procedimientos busca evaluar si los usuarios consideran aceptables los distintos procedimientos de tratamiento. Esta responde a la pregunta ¿los fines justifican los medios? En esta área se ha desarrollado investigación que pretende evaluar la aceptabilidad de distintos procedimientos e investigar las variables que influyen en la evaluación de los procedimientos.

La validación de resultados consiste en evaluar si los participantes están satisfechos con los resultados, incluyendo los no previstos.

Jim McMichael y Jeff Corey (1969) evaluaron el "Sistema de Instrucción Personalizada" de Keller contra el "Sistema Tradicional de Lectura" en un grupo de estudiantes. El procedimiento que emplearon fue el de designar dos grupos de estudiantes, en donde cada uno recibía clases según los dos sistemas de instrucción. Posteriormente al terminar las clases, los investigadores evaluaban la satisfacción de las estudiantes con un cuestionario, el cual preguntaba que curso le había gustado más, encontrándose que el de Keller era el que calificaba más alto. Aquí se usa el jueceo subjetivo para dar cuenta de un atributo como es la satisfacción.

3.4 Conclusión

La salud psicológica es un componente esencial para el funcionamiento adecuado del ser humano. La gran mayoría de los problemas psicológicos se vinculan con diversos factores en constante interacción a lo largo del desarrollo del individuo. Estos factores son muy variados, incluyen hábitos alimenticios, hábitos de higiene, estilos de vida y estilos de crianza.

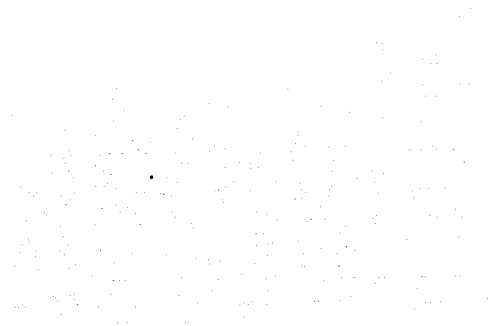
La disciplina que los padres utilizan es un motivo de gran ansiedad, contradicción y confusión de ideas, por esta razón los estilos de crianza pueden constituir ya sea un factor de riesgo o un factor protector en el desarrollo de los niños. Los problemas que

con mayor frecuencia se presentan entre los niños son aquellos relacionados con el incumplimiento de las normas o desobediencia, agresividad, carencia de habilidades sociales y de auto-cuidado. Estos problemas, generalmente se encuentran directamente relacionados con factores de riesgo tanto personales como ambientales, entre ellos se encuentra la falta de oportunidades socio-económicas, el abuso de substancias, la violencia intrafamiliar, el aislamiento y la escasa estabilidad familiar y, situaciones de estrés y depresión de los padres.

Debido a estas circunstancias, los programas de intervención conductual han considerado fundamental la participación de los padres para modificar problemas de conducta en los niños. El propósito de estos programas es el dotar a los padres de las herramientas apropiadas para resolver conflictos familiares, incrementar habilidades de interacción social y decrementar conductas inadecuadas de los niños y fomentar las adecuadas dentro del contexto social en el que se encuentra.

El objetivo a largo plazo de estos programas de intervención es el de prevenir conductas agresivas y delictivas en los niños, así como el de promover la salud familiar al decrementar el estrés y la depresión.

ESTUDIO 1



DIAGNÓSTICO COMUNITARIO

1.1 Estudio Descriptivo

La investigación de salud pública que sirve para organizar la respuesta social a las necesidades de salud a través de los servicios y programas es el Diagnóstico en Salud Comunitaria. Su propósito esencial es generar conocimiento sobre la situación de salud de la población para transformar la realidad estudiada en beneficio del hombre (Hernández-Immer, 1997).

Para conocer esta situación es necesario realizar en primer lugar, un estudio descriptivo de la comunidad en donde se quiere trabajar.

La zona que hoy se conoce como los Pedregales de Coyoacán, está poblada desde antes de la llegada de los españoles, son pueblos de origen Tapaneca, mismos que fueron tributarios de los aztecas.

Durante la colonia esta zona estaba constituida por cuatro pueblos: Los Reyes, La Candelaria, San Pablo Tepetlapa y Santa Ursula Coapa.

Al pasar de las épocas históricas del país los cuatro pueblos comienzan a ser objeto de una doble presión, la del capital y la de un sector de trabajadores asalariados de muy bajos ingresos.

Para el sector de trabajadores de bajo salario, sobre todo aquellos llegados de provincia es indispensable contar con una vivienda. Estas colonias surgieron por medio de los paracaidistas que se encargaron de expropiar los terrenos y volverlos habitables.

En las tierras de alrededor de los pueblos se edificaron colonias pequeñas como el Rosario y la Colonia Ruiz Cortines, en San Pablo Tepetlapa, El Reloj en

Santa Ursula y en la Candelaria surgieron las colonias Ajusco, Ajusco Huayamilpas y más recientemente la Nueva Díaz Ordaz

En la colonia Ruiz Cortines la invasion tiene aproximadamente 40 años. A un costado, en tierras de la Candelaria, se encuentra una pequeña colonia, La Nueva Díaz Ordaz, que fue producto de una invasion dirigida por militantes del PRI, quienes estaban protegidos por Diaz Ordaz, de ahí el nombre

La comunidad estudiada que es la colonia Adolfo Ruiz Cortines cuenta con una poblacion total, segun indican los registros del INEGI (1995) es de 15.324 habitantes distribuidos de la siguiente manera

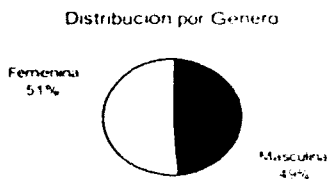


Figura 1. Muestra la distribucion de la poblacion segun el genero

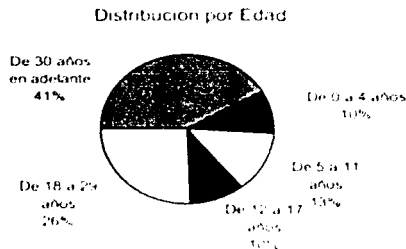


Figura 2 Muestra la distribución de la población por rangos de edad: Niños (0 a 4 años), pre-adolescentes (5 a 11 años), adolescentes (12 a 17 años), jóvenes (18 a 29 años), adultos (de 30 años en adelante)

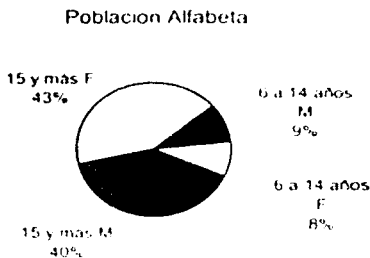


Figura 3 Muestra la distribución de la población por rango de edad y genero (M = masculino y F = femenino) según el alfabetismo

En la colonia existe un total de 3631 viviendas con un promedio de 4.2 ocupantes por cada una, las características de los servicios con que cuentan son los siguientes:

Manejo de Agua Residual

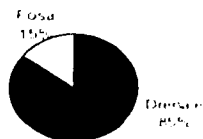


Figura 4. Muestra que el 85% de la población cuenta con drenaje.

Agua Potable



Figura 5. Muestra que el 34% de la población comparte la toma de agua de la cual se abastecen varias familias.

Objetivo

Evaluar el contexto en el que se desenvuelven los individuos de las Colonias Nueva Diaz Ordaz y Ruiz Cortines, identificando los factores protectores y de riesgo, tales como: nivel socioeconómico, servicios de la comunidad, salud y vida cotidiana, los estilos de vida de las personas (hábitos alimenticios, utilización del tiempo libre y expresividad) y las formas de consumo de sustancias de las personas a través de la tipificación de los patrones de uso (frecuencia, cantidad, ocasiones y circunstancias)

MÉTODO

Sujetos

La muestra fue no probabilística por selección, conformándose por habitantes de las colonias Nueva Diaz Ordaz y Ruiz Cortines (N = 52) ubicadas al sur del Distrito Federal de un nivel socio-económico medio-bajo, con una media de edad de 28 años de edad y un rango entre los 17 y 59 años, con las siguientes características:

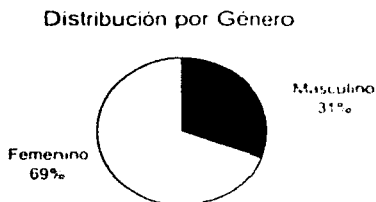


Figura 6. Muestra la distribución por género de la población encuestada

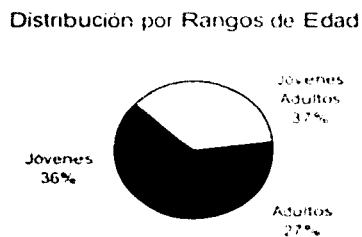


Figura 7. Muestra que el 36% de la población es joven (17 a 20 años), el 37% son jóvenes adultos (21 a 35 años), y el 27% son adultos mayores (36 años en adelante)

Distribución por Escolaridad

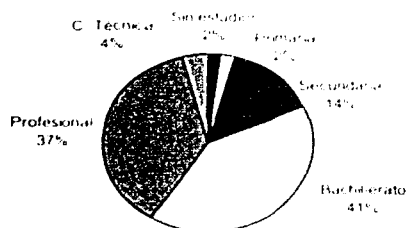


Figura 8. Muestra el nivel de escolaridad de los participantes: el 41% curso el bachillerato, y el 37% una carrera profesional.

Distribución por Ocupación

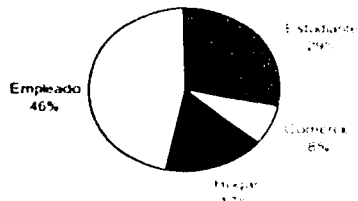


Figura 9. Muestra que el 29% de los encuestados son estudiantes, y el 46% son empleados.

Distribución por Estado Civil

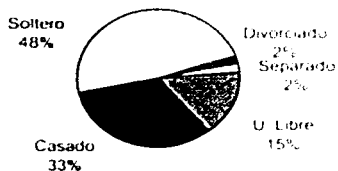


Figura 10 En esta figura se presenta la distribución del estado civil, el que más se presentan son los solteros (48%) y los casados (33%)

Escenario

Se encuestó en dos colonias pertenecientes a la delegación Coyoacán, distribuidas en la zona conurbana del Distrito Federal, en la colonia Ruiz Cortines (Ver Anexo 1) y en el aula de usos múltiples de la escuela Primaria Centenario de Juárez, la cual tiene una dimensión de 15x10 m² 35 mesa bancos, luz eléctrica y ventilación adecuada, ubicada en la colonia Nueva Diaz Ordaz

Instrumentos

Se aplicó el Cuestionario Diagnóstico de Salud Comunitaria (Ver Anexo 2) compuesto de 153 reactivos distribuidos en los componentes siguientes:

- Nivel Socio-económico con 16 reactivos, dentro de los que se encuentran la edad, género, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, estatura, peso, constitución, miembros de la familia, ingresos, información sobre la vivienda, los servicios con los que esta cuenta, servicios con los que cuenta la comunidad y los principales problemas que se detectan

- Cuestionario de Salud y Vida Cotidiana (HDL) (Moos y Moos, 1984), considerándose las siguientes variables: Funcionamiento Psicológico con 32 reactivos: Condiciones Médicas (CM), Síntomas Físicos (SF) y Humor Depresivo (HD) Autoconfianza (AC) con 11 reactivos Conductas y Métodos de Afrontamiento con 32 reactivos Afrontamiento Conductual Activo (ACD), Afrontamiento Cognoscitivo Activo (ACG), Afrontamiento de Evitación (AE) Enfoque del Afrontamiento Análisis Lógico (AL), Búsqueda de Información (BI), Solución de Problemas (SP) Regulación Afectiva (RA), Descarga Emocional (DE) Búsqueda de Ayuda Ambiente Negativo en el Hogar (AN) con 6 reactivos y Redes de Apoyo Social (RS) con 2 reactivos
- Formas de Consumo de alcohol con 10 reactivos, tabaquismo con 11 reactivos y consumo de sustancias con 13 reactivos (Ayala y Morales, 2001)
- Cuestionario de Estilos de Vida (CONADIC) con las siguientes escalas: Hábitos Alimenticios con 8 reactivos, Uso del Tiempo Libre con 7 reactivos y Expresividad con 5 reactivos (Castro y Mille, 1998)

Estudio

Estudio descriptivo correlacional causal.

Procedimiento

Se pidió autorización en la escuela Centenario de Juárez para impartir una serie de pláticas informativas a alumnos, padres de familia y personal docente con la finalidad de conocer a la comunidad y organizar grupos para la intervención posterior.

Los cuestionarios fueron aplicados en forma grupal a padres de familia y personal docente de esta primaria, y en forma individual a transeúntes de ambas colonias. El tiempo empleado en la encuesta fue aproximadamente de 40 minutos.

Análisis Estadísticos

Se realizaron análisis de frecuencias: medias, modas y medianas, pruebas t de Student; análisis de varianza unidireccional (ANOVA); análisis de correlación de Spearman y regresión lineal para encontrar la dirección de las relaciones.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos de los análisis estadísticos del cuestionario diagnóstico en salud comunitario. Primero se describen los problemas sociales y el nivel de riesgo comunitario percibidos por la población. Posteriormente se presentarán figuras que muestren los resultados de los factores de riesgo y protectores que caracterizan a la comunidad y, para finalizar, se puntualizan las formas de consumo de sustancias

En la figura 11 se observa los porcentajes de los problemas sociales percibidos por las personas encuestadas, los que más se reportan son el embarazo adolescente con 48.1%, drogadicción con 46.2%, alcoholismo con 40.4%, pandillerismo con 36.5%, robo con arma blanca con 34.6% y maltrato infantil con 32.7%.

Problemas Comunitarios Percibidos

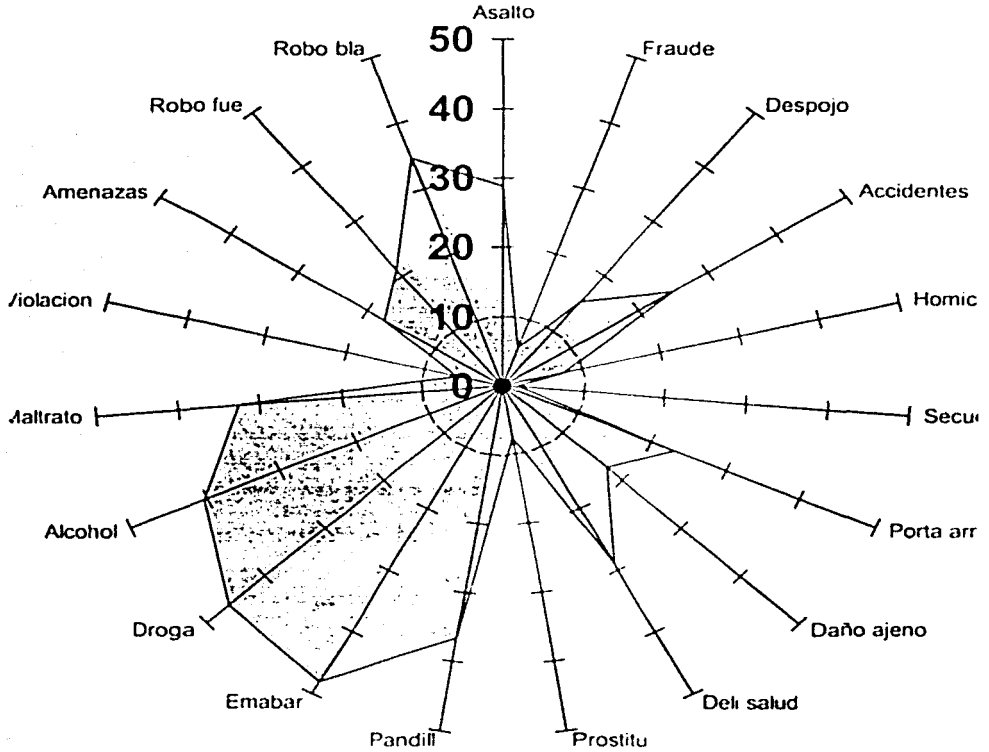


Figura 11 Muestra que los problemas que mas se perciben son el alcoholismo, la drogadiccion, el malttrato infantil, el embarazo adolescente y el pandillerismo

En la siguiente figura se muestra el Índice de Salud y Vida Cotidiana de los miembros de la comunidad comparado con la norma del instrumento. Pueden observarse puntajes por arriba de la norma en las escalas de Sintomas Fisicos, Afrontamiento Cognitivo y Afrontamiento de Evitación, y puntajes por debajo de la norma en Redes Sociales y Autoconfianza

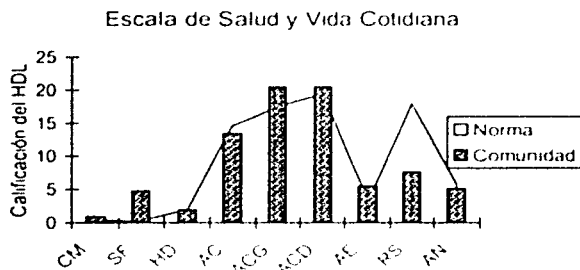


Figura 12 Muestra el puntaje obtenido en la escala de salud y vida cotidiana comparado con los puntajes de la norma

Por medio de la prueba *t*- de muestras independientes, se encontraron diferencias en las variables de Estado Civil y Escolaridad en la escala de Redes Sociales, observándose que los solteros tienen mayor número de Redes Sociales ($t = 2.23$ y $p < .034$), que las personas que viven en unión libre, de la misma forma las personas con Escolaridad de nivel bachillerato tienen Redes Sociales más amplias ($t = 2.45$ y $p < .040$), que los que cursaron secundaria, esto es, cuentan con más personas a las que pueden recurrir para convivir o ayudarlos a resolver problemas.

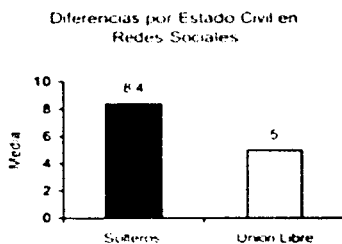


Figura 13 Muestra que los solteros cuentan con mayor apoyo social ($X = 8.4$) que los que viven en unión libre ($X = 5$)

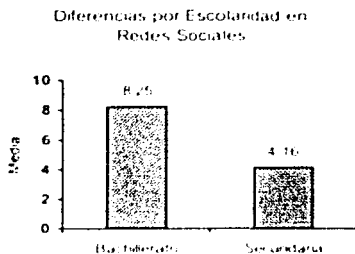


Figura 14 Muestra que los estudiantes de bachillerato cuentan con mayor apoyo social ($X = 8.25$) que los que cursaron secundaria ($X = 4.16$).

Con la finalidad de identificar los factores de riesgo asociados a los problemas de salud se realizaron correlaciones de Spearman entre cada una de las escalas de Salud y Vida Cotidiana

Se encontró que a mayor Síntomas Físicos mayor Humor Depresivo ($r=.488$; $p<.000$); a más síntomas físicos tienden a evitar resolver problemas ($r=.332$; $p<.016$); a mayor síntomas físicos, mayor ambiente negativo en el hogar se percibe ($r=.307$; $p<.027$) y a más síntomas físicos, menor autoconfianza ($r=-.329$; $p<.021$)

Las personas que más se deprimen evitan resolver los problemas ($r=.403$; $p<.003$).

Las personas que tienen más autoconfianza actúan para resolver sus problemas ($r=.351$, $p<.015$), cuando más confianza tienen en sí mismos, su grupo de amistades es más amplio ($r=.445$, $p<.002$), las personas que tienen mayor autoconfianza no evitan los problemas ($r=-.291$, $p<.043$), de la misma forma estas personas perciben su hogar como poco conflictivo ($r=-.345$, $p<.015$)

Las personas que analizan sus problemas tienen más probabilidades de enfrentarlos ($r=.622$, $p<.000$)

Las personas que afrontan los problemas inmediatamente cuentan con mayores redes de apoyo social ($r=.455$, $p<.001$); y perciben poco conflicto en su hogar ($r=-.342$; $p<.014$)

Por el contrario, las personas que tienden a evitar sus problemas perciben mayor conflicto en su hogar ($r=.340$; $p<.014$)

También se observa que si las redes sociales son más amplias se percibe menos conflicto en el hogar ($r=-.325$; $p=.022$).

Tabla 1
Coeficientes de Correlación
Escala de Salud y Vida Cotidiana

	CM	SF	HD	AC	ACG	ACD	AE	RS	AN
CM	r								
	α								
SF	r		.488	-.329			.332		.307
	α		.000	.021			.016		.027
HD	r						.403		
	α						.003		
AC	r					.351	-.291	.445	-.345
	α					.015	.043	.002	.015
ACG	r					.622			
	α					.000			
ACD	r							.455	-.342
	α							.001	.014
AE	r								.340
	α								.014
RS	r								-.325
	α								.022
AN	r								
	α								

* r Coeficiente de Correlación

* p Significancia de dos colas * .05

Para identificar la causalidad de estas variables se realizó un Análisis Estadístico de Regresión Lineal, obteniéndose los siguientes coeficientes: las personas que reportan mayor Autoconfianza reportan menor presencia de Síntomas Físicos ($r = 338, t = -2.46, p < .017$), por el contrario las personas que viven un Ambiente Negativo en el Hogar reportan más Síntomas Físicos ($r = 324, t = 2.41, p < .019$). El nivel de Humor Depresivo depende de la forma en que las personas enfrentan sus problemas, es decir, las personas que tienden a evitar la solución de los conflictos reportan más episodios depresivos ($r = 465, t = 3.71, p < .001$), por otro lado se comprobó que las personas que cuentan con un amplio apoyo social tienen mayor autoconfianza ($r = 391, t = 2.82, p < .007$).

Tabla 2
Resultado de los Análisis de Regresión Lineal

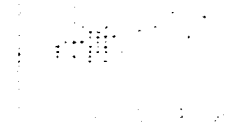
Variable Independiente	Variable Dependiente	r	t	p
AC	SF	338	-2.46	.017
AN	SF	324	2.41	.019
AE	HD	465	3.71	.001
RS	AC	391	2.82	.007

Síntoma Físico



Autoconfianza

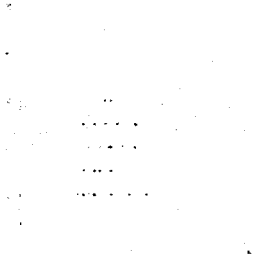
Síntoma Físico



Ambiente Negativo en el Hogar

Figuras 15 y 16. Muestra los factores que predicen mejor los Síntomas Físicos Autoconfianza y Ambiente Negativo en el Hogar

Humor Depresivo



Afrontamiento de Evitación

Figura 17. Muestra que el factor que predice al Humor Depresivo es el Afrontamiento de Evitación.

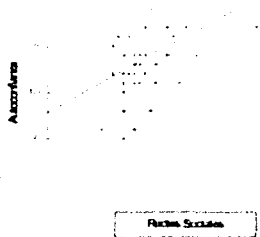


Figura 18 Muestra que el factor que predicen mejor la Autoconfianza es Redes Sociales

En la siguiente figura se muestran los Niveles de Riesgo Comunitario con relación a los Hábitos Alimenticios (HA) con una media de ($X= 9.6$) lo cual indica que se encuentra en la zona de mediano riesgo, Expresividad (EX) se sitúa en la zona de bajo riesgo con una media ($X= 5.1$) y Utilización del Tiempo Libre (UTL) cae en la zona de bajo riesgo con una media de ($X=6.3$)

Cabe mencionar que en estas tres escalas, las personas que puntúan más alto corren más riesgo debido a sus estilos de vida, por ejemplo, si obtienen más puntuación en hábitos alimenticios, quiere decir que tienen peores estilos de alimentación.

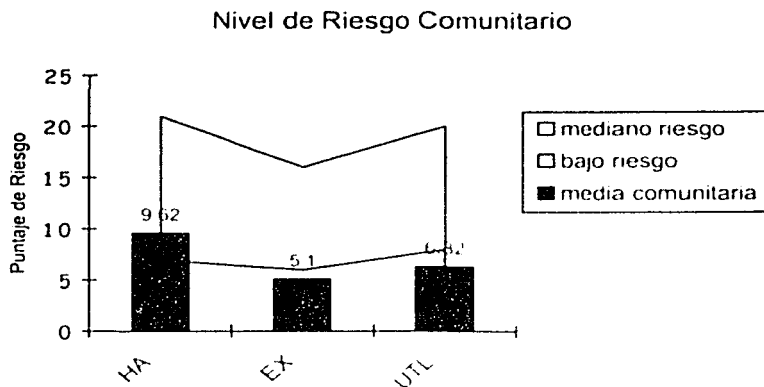


Figura 19 Muestra la puntuación obtenida en las escalas de hábitos alimenticios, utilización del tiempo libre y expresividad y la situación del nivel de riesgo

Los Análisis de Correlación de Spearman se llevaron a cabo entre cada una de las escalas, encontrándose las siguientes correlaciones estadísticamente significativas desde una $p < .05$.

Tabla 3
Coeficientes de Correlación

		HA	UTL	EXP
SF	r	.308		
	α	.030		
HD	r			.379
	α			.007
AC	r		-.352	
	α		.015	
ACG	r			-.482
	α			.001
ACD	r		-.354	-.476
	α		.013	.001
AE	r		.366	
	α		.010	
RS	r		-.365	
	α		.013	
AN	r			.339
	α			.017

* r Coeficiente de Correlación

* p Significancia de dos colas < .05

Síntomas Físicos correlacionó positivamente con Hábitos Alimenticios ($r=.308$; $p<.030$), las personas que peores hábitos alimenticios tienen, presentan mayores síntomas físicos

Humor Depresivo correlacionó positivamente con Expresividad ($r=.379$, $p<.007$), las personas que tienen pobres habilidades de expresividad tienden a deprimirse.

Autoconfianza correlacionó negativamente con Utilización del Tiempo Libre ($r=-.352$; $p<.015$), las personas que hacen mal uso de su tiempo libre reportan menos autoconfianza.

Afrontamiento Cognitivo Activo correlacionó negativamente con Expresividad ($r = -.482$; $p < .001$), las personas que no son capaces de analizar adecuadamente sus problemas, tienen dificultades para expresarlos

Afrontamiento Conductual Activo correlaciono negativamente con Utilización del Tiempo Libre ($r = -.354$; $p < .013$), las personas que hacen mal uso de su tiempo libre, presentan dificultades para resolver sus problemas

Afrontamiento Conductual Activo correlacionó negativamente con Expresividad ($r = -.476$; $p < .001$), las personas que se expresan inadecuadamente enfrentan dificultades cuando resuelven sus problemas

Afrontamiento de Evitación correlacionó positivamente con Utilización del Tiempo Libre ($r = .366$; $p < .010$), las personas hacen mal uso de su tiempo libre, tienden a evitar los problemas

Redes Sociales correlacionó negativamente con Utilización del Tiempo Libre ($r = -.365$; $p < .013$), las personas hacen mal uso de su tiempo libre, tienen poco apoyo social.

Ambiente Negativo en el Hogar correlacionó positivamente con Expresividad ($r = .339$; $p < .017$), las personas que se expresan inadecuadamente perciben ambiente negativo en el hogar.

Para identificar la predicción de estos factores se realizó un Análisis Estadístico de Regresión Lineal, obteniéndose las siguientes regresiones:

Las personas que tienen peores Hábitos Alimenticios, presentan mayores síntomas físicos ($r = .340$, $t = 2.50$; $p < .016$).

Las personas que expresan inadecuadamente sus ideas, pensamientos y emociones, presentan mayor Humor Depresivo ($r = .415$, $t = 3.12$, $p < .003$), menor Autoconfianza ($r = .305$, $t = -2.15$, $p < .037$), además no tienen las habilidades para analizar adecuadamente sus problemas ($r = .428$; $t = -3.17$; $p < .003$) ni resolverlos ($r = .552$, $t = -4.49$, $p < .000$).

Por otro lado, las personas que hacen un mal uso de su tiempo libre presentan menos autoconfianza ($r = .345$, $t = -2.46$; $p < .018$), no pueden resolver sus problemas ($r = .552$; $t = -2.88$; $p < .006$) y cuentan con un escaso apoyo social ($r = .384$; $t = -2.76$; $p < .008$)

Tabla 4
Resultado de los Analisis de Regresión Lineal

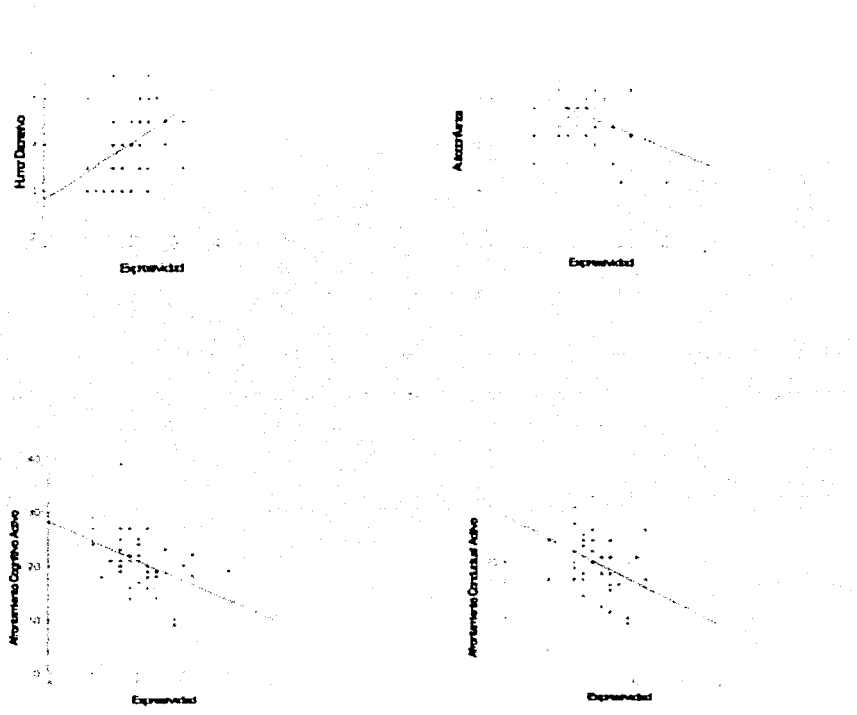
Variable Independiente	Variable Dependiente	r	t	p
HA	SF	.340	2.50	.016
EXP	HD	.415	3.12	.003
EXP	AC	.305	-2.15	.037
EXP	ACG	.428	-3.17	.003
EXP	ACD	.522	-4.49	.000
UTL	AC	.345	-2.46	.018
UTL	RS	.384	-2.76	.008
UTL	ACD	.552	-2.88	.006

* r: Coeficiente de Correlación

* pSignificancia de dos colas * .05



Figura 20 Muestra que el factor que predice a los Síntomas Físicos son los Hábitos Alimenticios.



Figuras 21, 22, 23 y 24 Muestran que la Expressividad Predice los factores de Humor Depresivo, Autoconfianza, Afrontamiento Cognitivo Activo y Afrontamiento Conductual Activo



Figuras 25, 26 y 27 Muestra que el Uso del Tiempo Libre predice la Autoconfianza, Redes Sociales y Afrontamiento Conductual Activo

La siguiente figura presenta las Formas de Consumo de la muestra poblacional (N = 52), donde se puede observar que durante los últimos 12 meses ha existido un consumo sostenido en un 48% de los encuestados, en un 65% de sus parejas y en un 58% en otros miembros de su familia

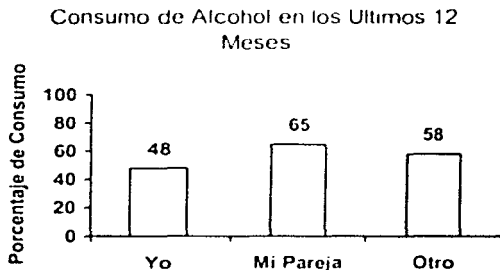


Figura 28 Muestra el porcentaje del consumo de alcohol en el último año



Figura 29 Muestra el porcentaje de consumo de alcohol poblacional en el último mes, se observa que lo han consumido el 23.5% de los encuestados, el 42.5% sus parejas y el 23.7% otros miembros de su familia

La siguiente figura muestra las Formas de Consumo de los encuestados durante la última semana, donde se puede observar que existe un consumo moderado en un 13.7% de ellos, 21.1% de sus parejas y el 15.8% en otros miembros de su familia

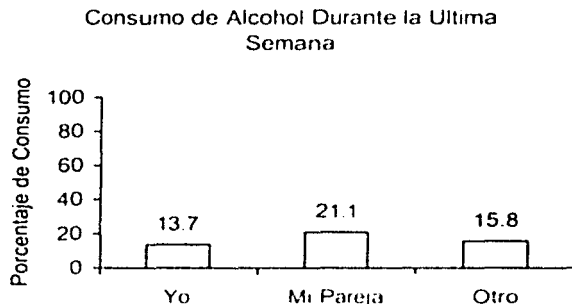


Figura 30 Muestra el nivel de consumo de alcohol en la última semana de los encuestados.

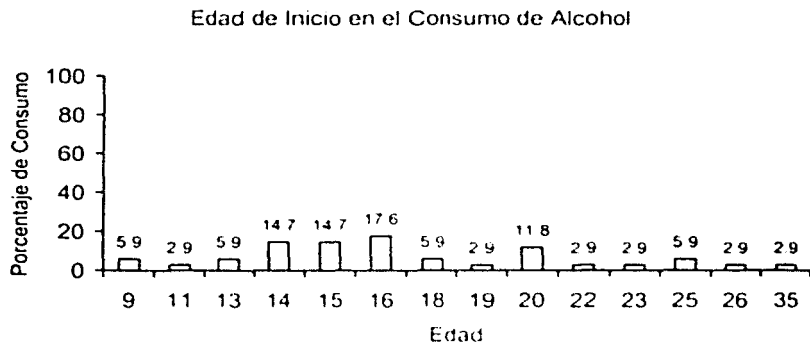


Figura 31. Muestra la edad de inicio del consumo de alcohol. El 17.6% reporta haber iniciado a los 17 años, el 14.7% a los 14, otro 14.7% a los 15 y el 11.8% a los 20 años de edad

En la figura 32 se muestran las razones por las que los entrevistados reportan haber iniciado su consumo. Se observa que el 37.1% de los entrevistados lo iniciaron en una fiesta, el 20% por curiosidad, el 11.4% fue por gusto y el 31.4% por otra razón.

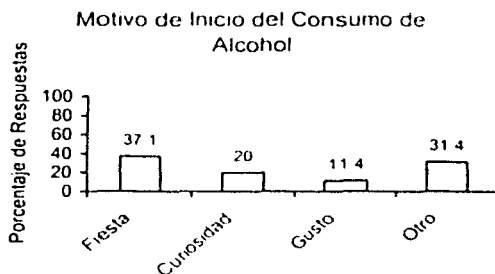


Figura 32 Muestra la razón por la que iniciaron el consumo de alcohol.

Las siguientes figuras muestran los hábitos de consumo de tabaco de los miembros de las diversas comunidades, se observa que durante los últimos 12 meses ha existido un consumo sostenido en un 55.1% de los entrevistados, un 52.8% de sus parejas y en un 51.4% en otros miembros de su familia

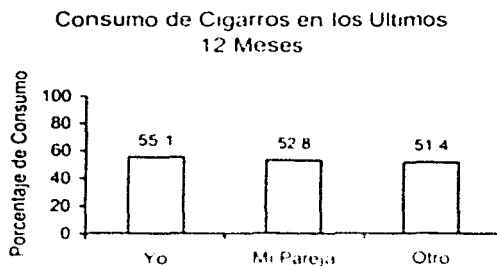


Figura 33 Muestra el nivel de consumo de cigarros en el último año

La figura 34 describe el porcentaje de personas que han fumado en el último mes, el 42.2% de los encuestados reporta haberlo hecho, el 39.4% dice que su pareja lo hace y el 43.8% dice que otro miembro de su familia ha fumado.

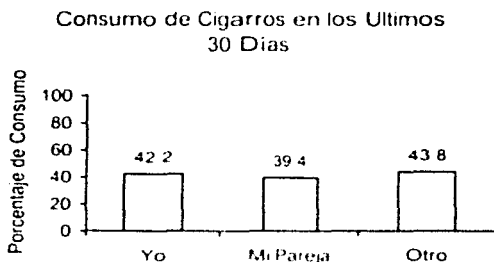


Figura 34. Durante el último mes se puede observar un consumo de tabaco del 36.5% de los fumadores, un 25% de sus parejas y en un 26.93% en otros miembros de su familia.

En esta figura se muestra la edad de inicio en el consumo de tabaco. Se puede observar que el 26.5% de los encuestados se iniciaron a la edad de 16 años, el 14.7% se inició a los 15 años, el 11.8% a los 14 años y el 8.8% a los 17 años de edad.

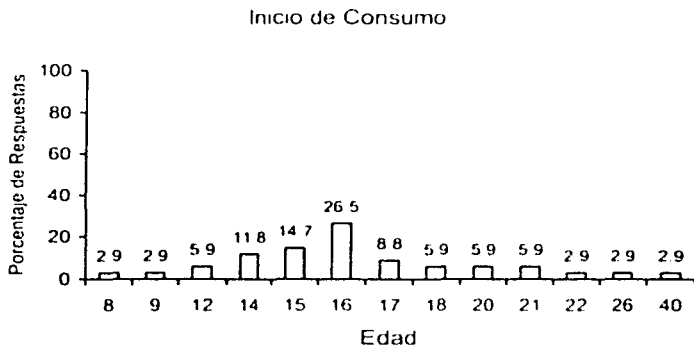


Figura 35 Muestra la edad de inicio del consumo de tabaco

La figura 36 muestra que los encuestados fuman que el 48.4 lo hace rara vez, el 22.6% de los diariamente, el 16.1% lo hace frecuentemente, el 12.9 lo hace ocasionalmente.

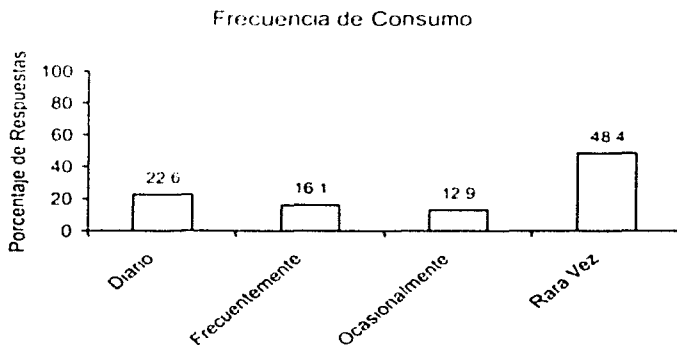


Figura 36 Muestra la frecuencia del consumo de tabaco

En la siguiente figura se observan los daños a la salud percibidos por los fumadores, el 48.3% reporta no tener problema de salud, el 31% garganta irritada, el 10.3% otro, el 6.9% tos y el 3.4% resequeidad.

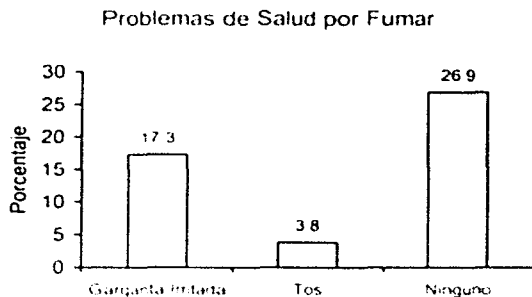


Figura 37 Muestra los problemas de salud por fumar

La figura 38 muestra si alguna vez en su vida han consumido alguna sustancia. Se puede observar que el 10.2% de los entrevistados reportan haberlas consumido, el 5.6% afirma que sus parejas y el 5.7% algún otro miembro de su familia las ha consumido.

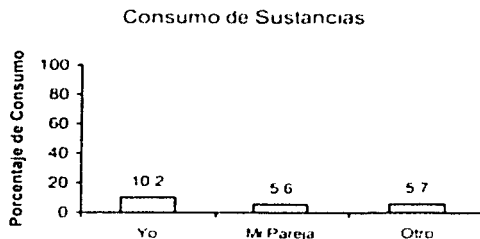


Figura 38. Muestra el porcentaje de la población que acepta consumir o haber consumido sustancias

En la siguiente figura se muestra el tipo de sustancia utilizada por las personas que reportan haber consumido alguna, el 45.5% reporta no haberlo hecho, el 18.2% utiliza marihuana, en la misma proporción se utilizan otro tipo de sustancias, el consumo de cocaína y heroína se encuentran en el mismo nivel, 9.1%

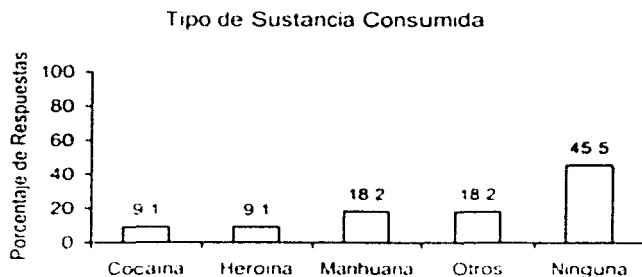


Figura 39. Muestra las sustancias consumidas

La figura 40 muestra que el 50% de los encuestados empezó a consumir sustancias a los 17 años, el 25% a los 16 y el otro 25% a los 13 años de edad

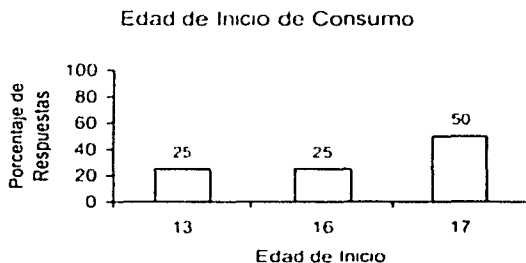


Figura 40 Muestra la edad de inicio de consumo.

DISCUSIÓN

El Diagnóstico en Salud Comunitaria cumple con su propósito de identificar los factores de riesgo dentro de esta población, lo que permitirá orientar las actividades de salud hacia objetivos reales y específicos (Hernández e Immer, 1997; Abramson, 1990)

Los resultados de esta investigación ponen de manifiesto que la población es de un nivel socio-económico medio-bajo por lo que generalmente los gastos son solventados por dos o tres miembros de la familia.

Los datos que se reportan para la muestra de 52 habitantes de las colonias Nueva Diaz Ordaz y Ruiz Cortines indican en terminos generales que su percepción de los problemas sociales y de salud van dirigidos hacia el alcoholismo, la drogadicción, el maltrato infantil, embarazo adolescente y el pandillerismo, y en menor grado hacia el asalto y robo con arma blanca. Estos factores de riesgo han provocado el desarrollo de investigaciones cuyo principal énfasis ha sido identificar los factores asociados con

estas disfunciones y, por otro lado, elaborar programas de intervención para darles solución (Ayala, Téllez y Gutiérrez, 1994)

Específicamente Patterson, Reid y Dishian (1990) han encontrado que la presencia de desobediencia infantil, aunada a la carencia de habilidades de supervisión y mantenimiento de la disciplina por parte de los padres, es predictiva en un alto grado (65%) del desarrollo de patrones de conducta antisocial en los adolescentes y de su inicio en una carrera de delincuencia.

Por otro lado en la Escala de Salud y Vida Cotidiana (Moos y Moos, 1984), los resultados indican que la población presenta un alto grado de síntomas físicos y en menor proporción condiciones médicas específicas, de la misma manera reportan analizar y resolver sus problemas por encima de lo que la norma indica, por el contrario, los puntajes muestran que las personas tienen menos autoconfianza y menos redes sociales de lo que se esperaría

Las personas que presentan una mayor cantidad de síntomas físicos tienden a presentar más episodios depresivos, a su vez, éstas evitan solucionar conflictos, perciben un ambiente desfavorable en sus hogares y reportan menor autoconfianza. Por el contrario, quienes tienen mayor autoconfianza resuelven sus problemas activamente y tienen una red social más amplia.

Dado que los estilos de vida engloban los patrones de comportamiento que definen e identifican a una persona o a una comunidad, es necesario conocer y comparar el Nivel de Riesgo Comunitario con la norma (Castro y Millé, 1998)

Existen tres factores de riesgo que se tomaron en cuenta uno de ellos son los hábitos alimenticios que se encuentran dentro del área de mediano riesgo, lo cual indica que es necesario desarrollar un programa para promover hábitos alimenticios

saludables, con el fin de prevenir riesgos a la salud. Los otros dos componentes son la expresividad y utilización del tiempo libre, los cuales se encuentran en el área de bajo riesgo.

Si los hábitos alimenticios son inadecuados estos se relacionan directamente con los síntomas físicos, es decir, las personas que no llevan una dieta balanceada presentan malestares físicos.

Las personas que peor utilizan su tiempo libre tienden a evitar los problemas, tienen menos autoconfianza y cuentan con menores redes sociales. Quienes no cuentan con las habilidades para expresarse presentan más episodios depresivos y perciben un mayor ambiente negativo en el hogar.

Otros factores de riesgo que se deben tener en cuenta son los patrones de uso de sustancias nocivas, como el alcohol, el tabaco y las drogas. Debido a que estos factores fueron identificados como de riesgo dentro de la comunidad es importante analizar los datos para conocer que tan grave es el problema y que consecuencias tienen. Se ha demostrado que la diversidad de problemas de salud, sociales y de seguridad que se asocian al uso de sustancias enfatiza la importancia de programas que desde el ámbito de la salud, desarrollen acciones preventivas que puedan reducir el consumo (Matarazzo, 1984).

En cuanto al consumo de alcohol el 48% de los encuestados reportó que han mantenido su consumo de alcohol a lo largo del último año. La mayoría de estos inició su consumo entre los 14 y 16 años de edad, el 37% afirma que inició su consumo en una fiesta. Sin embargo, los consumidores no reportan haber sufrido problemas de salud o sociales por su manera de beber.

El siguiente factor de riesgo es el consumo de tabaco, se encontró que el 55.1% de la población ha fumado durante el último año, la edad de inicio se encuentra entre los 14 y 16 años. El 48.4% rara vez fuma y el 22.6% lo hace diariamente. El problema de salud que más se presenta es la garganta irritada con el 31%.

En cuanto al consumo de sustancias se observa que el 10.2% de la población las han probado, y su edad de inicio fue entre los 17 años. La droga más consumida ha sido la marihuana y en menor proporción la heroína y cocaína.

Dado que se cumple el objetivo del diagnóstico en salud comunitaria, es necesario organizar una respuesta social encaminada a resolver las necesidades de salud por medio de servicios y programas que incluyan estrategias adaptables a esta comunidad.

El programa preventivo que se implemente debe estar encaminado a facilitar el desarrollo de capacidades protectoras individuales, como son la forma de enfrentar los problemas, el manejo del estrés, el desarrollo de habilidades de interacción para aumentar el apoyo social y la adecuada expresión de ideas y pensamientos. La labor sobre estas áreas impactará en otras que guardan una relación directa entre la persona, su entorno familiar y comunitario, dentro de las que se encuentran la nutrición, el manejo del tiempo libre, el uso de sustancias y otros elementos socio-culturales como el pandillerismo, el maltrato infantil, el embarazo adolescente y la delincuencia.

Un punto más que se debe tener en consideración para realizar una intervención comunitaria es el de los estilos de vida, ya que de estos depende el desarrollo de patrones de comportamiento que propicien ya sea la salud o la enfermedad a lo largo de la vida. Estos comportamientos se generan en el aprendizaje formal, en las instituciones educativas, pero sobre todo mediante la socialización dentro de la familia.

Por todo esto, la propuesta del proyecto preventivo debe pretender facilitar la construcción de estilos de vida saludables, deberá tener en cuenta factores que contribuyan a fortalecer la protección en el ámbito individual, familiar, comunitario y social, así como debilitar aquellos factores que ponen en riesgo a la salud.

Tomando en cuenta los principales problemas que reporta esta comunidad como son el embarazo adolescente, el maltrato infantil, el pandillerismo, el consumo de sustancias y la delincuencia, y teniendo en consideración que se ha demostrado que la mayoría de estos problemas tienen su causa desde la infancia debido al inadecuado manejo de la disciplina e interacción social por parte de los padres, se ha decidido llevar a cabo un programa de prevención secundaria diseñado para dotar a los padres de familia de las habilidades adecuadas para manejar problemas de conducta y de interacción en los niños.

ESTUDIO 2



INTERVENCIÓN COMUNITARIA

La noción de salud supone una transformación de los estilos de vida, y el entrenamiento en habilidades para aumentar la conducta de obediencia, se presenta como uno de los procedimientos más adecuados y efectivos para establecer relaciones interpersonales adecuadas y un patrón de vida saludable

Objetivo

Disminuir las conductas inadecuadas de los niños como desobediencia, berrinches, agresión, irritabilidad y oposición por medio de la adquisición de habilidades en manejo conductual infantil por parte de los padres de familia, tales como la determinación de antecedentes, consecuencias y conductas adecuadas e inadecuadas, elogiar, castigar, ignorar, dar instrucciones claras y establecer reglas

MÉTODO

Sujetos

Se trabajó con 8 padres de familia, 5 del sexo femenino con un rango de edad de 27 a 30 años, dos de ellas se encontraban divorciadas, dos casadas y una vivía en unión libre; los 3 del sexo masculino con un rango de 30 a 35 años de edad y con estado civil casados. El nivel socioeconómico de esta muestra era medio-bajo.

Escenario

El estudio se llevó a cabo en la Escuela Primaria de tiempo completo Centenario de Juárez ubicada en la colonia Nueva Diaz Ordaz en la Delegación Coyoacan. Las sesiones se realizaron en el aula de usos múltiples, la cual tiene una dimensión de 15x10 m² cuenta con 35 mesa bancos, luz eléctrica y ventilación adecuada

Materiales

- Lápices y plumones.
- Material didáctico (rotafolios) para la impartición del taller a padres.
- Cuadernillo de entrenamiento para padres en habilidades de interacción social y manejo de problemas de conducta (Ver anexo 3).

Instrumentos

1. Sistema de Registro Observacional Listas del comportamiento instruccional de los padres con 9 categorías que el padre / madre debe utilizar al emitir una instrucción para incrementar la conducta de obediencia. Las categorías son: obtener atención, dar instrucción clara, esperar intervalo de 10" y elogiar si el niño obedece la primera vez que se emite la instrucción, si el niño no obedece se obtiene atención y se repite la instrucción con tono de voz elevado, se espera el intervalo de 10", y si no obedece en esta segunda ocasión se repite la instrucción y se utiliza instigación física (Fulgencio, Chaparro, Chiquini, Romero, Téllez, Barragán y Ayala, 1998). (Ver anexo 4) Este sistema de registro se basa en los componentes descritos por Forehand y MacMahon (1981) de una Instrucción Alfa 1) Obtener atención: el padre / madre debe lograr que el niño establezca contacto visual con él / ella, así como orientarse corporalmente a él / ella, con el fin de facilitar que atienda las instrucciones. 2) Instrucción clara: la instrucción que da el padre / madre al niño debe ser breve, precisa y específica, respecto a lo que se espera que haga. 3) Espera de intervalo de 10" el padre / madre debe esperar durante un intervalo de 10" una vez dada la instrucción para dar al niño la oportunidad de comenzar la acción. 4) Elogio: el padre / madre proporciona al niño verbalizaciones de aprobación junto con contacto físico, sonrisas, inmediatamente después de que este haya llevado a cabo la instrucción.

2. Sistema de Registro Observacional Diario en Casa. Listas del comportamiento de obediencia del niño que brinda información sobre la conducta inadecuada observada en casa por los padres. Consta de 8 columnas, en la primera se anotan las instrucciones que se le dan al niño y en las siguientes 7 (una para cada día de la semana) se anota si el niño obedece a la primera instrucción, a la segunda o si no obedece (Fulgencio, Chaparro, Chiquini, Romero, Téllez, Barragán y Ayala, 1998). (Ver anexo 5) Los tres tipos de respuesta que se registran son: 1) Obediencia a la primera instrucción: el niño inicia la petición del padre / madre dentro de un intervalo no mayor a 10"; 2) Obediencia a la segunda instrucción: el niño realiza la petición del padre / madre cuando éste emitió por segunda vez la instrucción; 3) No obedece: el niño no realiza la petición después de haberle dado dos oportunidades.
3. Registro de observación semi estructurado (ACC) que consta de 6 columnas las cuales permiten realizar un análisis funcional de las conductas inadecuadas de los niños, en estas, se especifica la hora y fecha, antecedentes de la conducta, la conducta, las consecuencias, el lugar y las personas presentes al ocurrir la conducta inadecuada (Ayala, González, Fulgencio, Tellez y Barragán, 1998), (Ver anexo 6)
4. Cuestionario de Evaluación de Conocimientos para Padres antes y después de la intervención.- Cuestionario de lápiz y papel de 40 reactivos que se contestan de forma dicotómica que permite cuantificar conocimientos de los padres sobre las estrategias de manejo conductual infantil (Ayala, González, Fulgencio, Téllez y Barragán, 1998), (Ver anexo 7).

-
5. Cuestionario de Validación Social - Cuestionario de lápiz y papel, autoaplicable que consta de 12 reactivos evaluados en escala tipo Likert de 5 puntos donde 1 es completamente de acuerdo y 5 es completamente en desacuerdo. Mide cuatro áreas de satisfacción: validación de metas (R4, R6, R11), validación de procedimientos (R1, R3, R9), validación de resultados (R2, R5, R10) y validación de terapeutas (R7, R8, R12) (Fulgencio, 1996). (Ver anexo 8)

Variables

- **Variable Independiente:** Programa de Entrenamiento en Habilidades de Interacción y Manejo Conductual para Padres. sus componentes son: determinación de los antecedentes, consecuencias y conductas inadecuadas, elogiar, tipos de recompensas, reglas para dar recompensas, pérdida de privilegios, reglas para la pérdida de privilegios, ignorar, establecer reglas y dar instrucciones adecuadamente
- **Variable Dependiente.** Habilidades del padre para el manejo de conductas inadecuadas tales como desobediencia, berrinches, interacción negativa y oposición.

Diseño

Diseño cuasi-experimental de caso único A-B-con seguimiento de tres semanas, donde:

- A. Corresponde a la Fase de Línea Base
- B. Corresponde a la fase de Tratamiento.

Procedimiento

El programa de intervención tuvo una duración total de 10 sesiones divididas en 3 fases: 1) Sensibilización y línea base en la cual se invitó a los padres de familia a participar en el proyecto explicándoles el contenido y objetivo de éste. Los terapeutas les explicaron a los participantes la forma de llenar los registros para obtener la medición de línea base. 2) La Intervención se realizó de forma semanal con una duración en promedio de 90 minutos por sesión. Se explicaron, modelaron y ensayaron cada uno de los componentes del taller y, 3) Seguimiento de tres semanas (una sesión por semana con una duración aproximada de 60 minutos).

- Fase 1

Sesión 1

Los terapeutas aplicaron el cuestionario de conocimientos de manejo conductual, se especificó el objetivo del taller, cómo llenar el registro ACC (antecedentes, conducta y consecuencias) y el registro de obediencia diario en casa. A los participantes se les pidió que eligieran la conducta de sus hijos que presentaba la mayor frecuencia de desobediencia para que la registraran diariamente en ambos formatos, esta debía ser el primer objetivo del cambio conductual.

Al final de esta sesión, se realizaron ensayos conductuales (los padres daban instrucciones a otros padres como si se las dieran a sus hijos) en donde los terapeutas registraron el comportamiento instruccional de cada uno de ellos (Registro de Seguimiento Instruccional). No se les proporcionó retroalimentación sobre su ejecución (información y valoración tanto positiva como negativa sobre su ejecución).

Sesión 2 y 3

Al inicio de estas sesiones los terapeutas revisaron los registros ACC y registro diario en casa, se resolvieron las dudas que surgieron y se les pedía a los padres que continuaran con los registros

Se realizaron ensayos conductuales y los terapeutas registraron el seguimiento instruccional para cada padre, no se les proporcionó retroalimentación alguna.

- Fase 2

Sesión 4

Después de analizar el registro ACC y el registro diario en casa los terapeutas explicaron los conceptos de antecedentes, consecuencias positivas, consecuencias negativas y modificación conductual

Los terapeutas analizaron los procedimientos para incrementar conducta adecuada y para disminuir la conducta inadecuada, se definieron las reglas para el uso de recompensas y castigos. Se realizaron modelamientos conductuales donde un terapeuta fungía como padre o madre de familia y el otro como niño, la finalidad era que los padres observaran las conductas adecuadas e inadecuadas que ellos deben llevar a cabo para recompensar o castigar a los niños cuando fuera necesario, también se realizaron ensayos conductuales donde cada uno de los padres de familia realizaba estas estrategias. Al finalizar cada uno de los ensayos, los participantes y terapeutas proporcionaron retroalimentación

En esta sesión no se llevó a cabo el registro de seguimiento instruccional.

Sesión 5

Al término de la revisión del registro ACC y registro diario en casa, se explicaron los componentes de Instrucciones Alfa, se realizaron modelamientos y ensayos conductuales de esta técnica con cada participante. Estos ensayos fueron registrados por los terapeutas en los registros de seguimiento instruccional. Al finalizar cada ensayo, los participantes y terapeutas proporcionando retroalimentación.

Sesión 6

Al finalizar la revisión del registro ACC y registro diario en casa, los terapeutas explicaron el tema de cumplimiento de reglas y la guía para emplear advertencias y pérdida de privilegios. Se realizaron modelamientos y ensayos conductuales de estos temas y de instrucciones alfa, estos fueron registrados por los terapeutas y proporcionaron retroalimentación a cada uno de los padres.

Sesión 7

Esta sesión se dedicó para hacer modelamientos y ensayos conductuales de los diferentes temas analizados durante el taller, enfatizándose en la técnica de instrucción alfa. Tanto los participantes como los terapeutas proporcionaron retroalimentación.

Los terapeutas aplicaron el cuestionario posterior de conocimientos y el cuestionario de validación social.

- Fase 3

Sesión 8, 9 y 10

Durante las sesiones de seguimiento los terapeutas junto con cada uno de los padres de familia revisaron y analizaron los registros ACC y diario en casa y se resolvieron las dudas que los padres / madres tenían.

Se realizaron ensayos conductuales sobre las instrucciones alfa con cada uno de los padres de familia y se les retroalimentó sobre su ejecución.

RESULTADOS

La descripción de los resultados se llevó a cabo a partir de los datos obtenidos en las tres fases de la intervención (línea base, intervención y seguimiento a tres semanas). Se comparan los datos obtenidos del cuestionario pre y post de conocimientos de manejo conductual. Se describen las diferencias encontradas entre línea base, intervención y seguimiento de cada uno de los padres con respecto al registro de seguimiento instruccional y el registro diario en casa. Posteriormente se describen los resultados generales de los 8 padres de familia y, finalmente se describen los resultados del cuestionario de validación social.

En la figura 1, se muestran los resultados generales del cuestionario de manejo conductual. La puntuación máxima a obtener es de 40 puntos. Se observa que los padres de familia incrementaron sus conocimientos después de la intervención ($\bar{x}=34.5$), ya que antes de esta, los puntajes eran menores ($\bar{x}=25.25$).

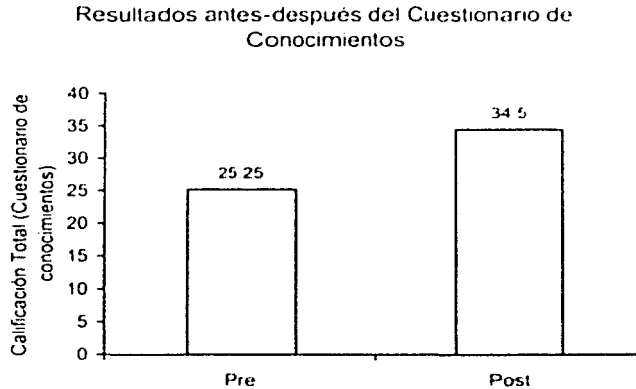


Figura 1. Muestra la puntuación del cuestionario antes y después de la impartición del entrenamiento en manejo conductual.

Los resultados individuales de cada padre de familia se ilustran a continuación. Los resultados obtenidos en el registro de seguimiento instruccional se muestran en las primeras figuras de cada uno de los padres (las figuras no se realizaron de líneas como la general porque los datos a graficar son dicotómicos no permitía observar los cambios en cada una de las fases), posteriormente se muestra el impacto del taller en cada uno de los niños por medio de los registros de probabilidad de obediencia (registro diario en casa) que cada padre realizó a lo largo del taller.

Padre 1

En la figura 2, se observa el comportamiento instruccional del padre donde en la línea base se registra un porcentaje de 100% en obtener atención, 66.66% en dar instrucción clara, 0% en esperar el intervalo de 10" y 0% en proporcionar elogio al terapeuta (ensayos conductuales) por seguir las instrucciones

A lo largo de la intervención, se observa el siguiente cambio en el comportamiento instruccional del padre, un porcentaje de 100% en obtener atención, dar instrucciones claras en un 66.66% de las veces, 33.33% en espera del intervalo de 10" y 66.66% en elogiar la conducta de obediencia del terapeuta.

En el seguimiento, el porcentaje en obtener atención fue del 100%, instrucciones claras en un porcentaje de 100%, 66.66% en espera del intervalo de 10" y 66.66% en elogiar la conducta de obediencia del terapeuta

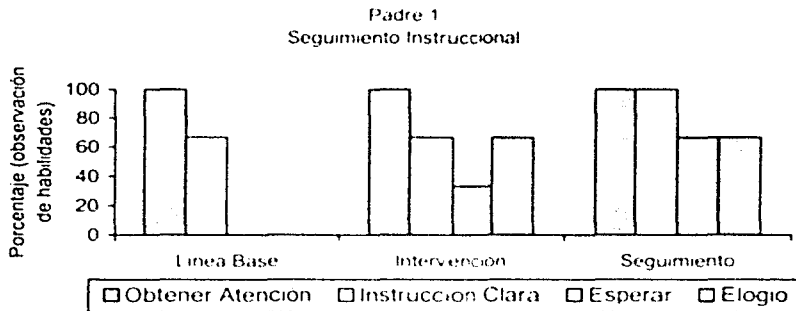


Figura 2. Muestra el porcentaje de ocurrencia del comportamiento instruccional del padre durante las tres fases del estudio

La figura 3, indica el impacto del taller en la obediencia del niño que a lo largo de la fase de Línea Base el niño obtuvo un porcentaje de obediencia del 0% a la primera instrucción, 40% a la segunda instrucción y el 60% de las veces no obedeció.

Durante el periodo de la Intervención con el padre se observa en el comportamiento del niño: un promedio de obediencia a la primera instrucción del 50%, en la segunda instrucción del 50% y del 0% en no obediencia. En el seguimiento, la obediencia a la primera instrucción fue del 50%, a la segunda instrucción del 33.33% y a la no obediencia 16% de las veces.

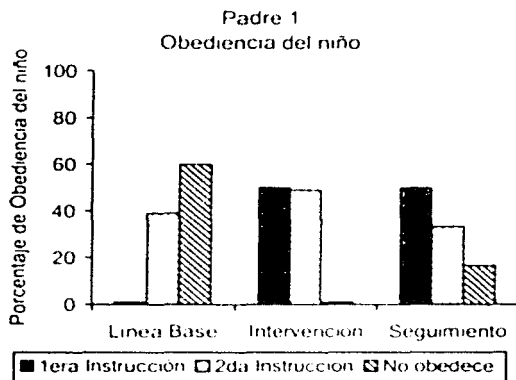


Figura 3. Muestra el porcentaje de ocurrencia del comportamiento de obediencia del niño.

Madre 2

En la figura 4, se observa que en la línea base, la madre el 100% de las veces obtuvo atención, 0% dio instrucción clara, 0% esperó el intervalo de 10" y 0% proporcionó elogio al terapeuta por seguir las instrucciones

A lo largo de la intervención, se observa el siguiente cambio en el comportamiento instruccional de la madre: un porcentaje de 100% en obtener atención, dar instrucciones claras en un 100% de las veces, 66.66% en espera del intervalo de 10" y 66.66% en elogiar la conducta de obediencia del terapeuta

Después de la intervención, el porcentaje en obtener atención fue del 100%, instrucciones claras en un porcentaje de 100% de las instrucciones, 100% en espera del intervalo de 10" y 100% en elogiar la conducta de obediencia del terapeuta.

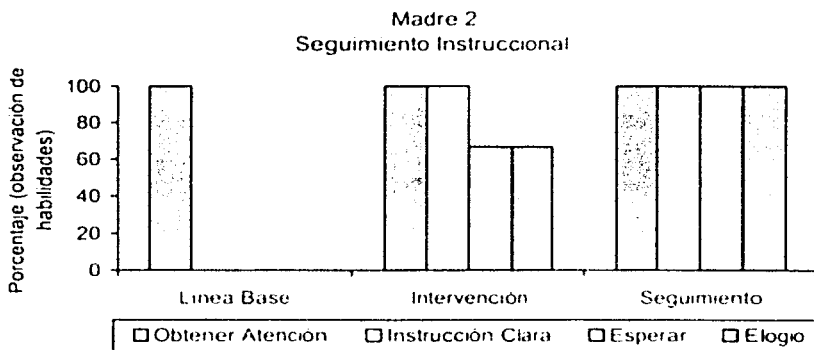


Figura 4. Muestra el porcentaje de ocurrencia del comportamiento instruccional del padre durante las tres fases del estudio

En la figura 5, se observa el impacto del taller en la obediencia del niño, durante la línea base el niño obtuvo un porcentaje de obediencia del 28.57% a la primera instrucción, 28.57% a la segunda instrucción y el 42.85% de las veces no obedeció

TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

Durante el periodo correspondiente a la intervención con la madre, se observa en el comportamiento del niño: un promedio de obediencia a la primera instrucción del 66.6%, en la segunda instrucción del 16.6% y del 16.6% en no obediencia. En el seguimiento la obediencia a la primera instrucción es del 50%, a la segunda instrucción del 50% y a la no obediencia 0% de las veces.

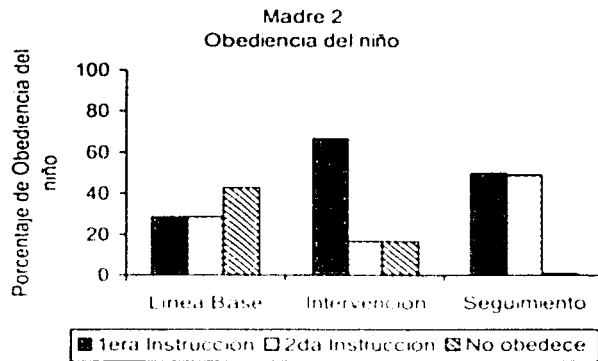


Figura 5 Muestra el porcentaje de ocurrencia del comportamiento de obediencia del niño.

Padre 3

En la figura 6, se observa en la línea base, el comportamiento instruccional del padre, donde obtuvo 66.66% en obtener atención, 33.33% en dar instrucción clara, 33.33% en esperar el intervalo de 10" y 0% en proporcionar elogio al terapeuta por seguir las instrucciones.

Durante la intervención, se observa que el padre obtuvo 100% en obtener atención, dar instrucciones claras 100% de las veces, 100% en esperar el intervalo de 10" y 66.66% en elogiar la conducta de obediencia del terapeuta.

Después de la intervención, el porcentaje en obtener atención fue del 100%, instrucciones claras en un porcentaje de 100%, 100% en espera del intervalo de 10" y 100% en elogiar la conducta de obediencia del terapeuta

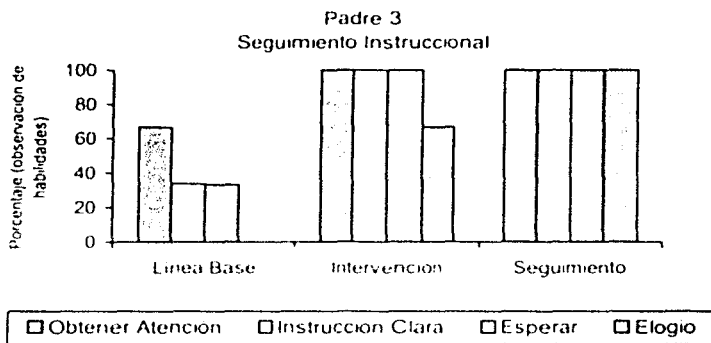


Figura 6 Muestra el porcentaje de ocurrencia del comportamiento instruccional del padre durante las tres fases del estudio

La figura 7, muestra el impacto del taller en la obediencia del niño, en la línea base el niño obedeció 0% a la primera instrucción, 60% a la segunda instrucción y el 40% de las veces no obedeció. Durante el periodo correspondiente a la intervención con el padre, se observa en el comportamiento del niño un promedio de obediencia a la primera instrucción del 33.33%, en la segunda instrucción del 50% y del 16.66% en no obediencia. En el seguimiento, la obediencia a la primera instrucción fue del 80%, a la segunda instrucción del 20% y a la no obediencia 0%.

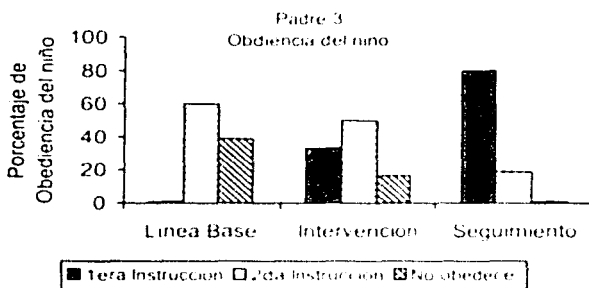


Figura 7. Muestra el porcentaje de ocurrencia del comportamiento de obediencia del niño.

Madre 4

En la figura 8, se observa que en la línea base el comportamiento instruccional de la madre muestra un porcentaje de 33.33% en obtener atención, 100% en dar instrucción clara, 0% en esperar el intervalo de 10" y 33.33% en proporcionar elogio al terapeuta por seguir las instrucciones.

Durante la intervención, la madre obtuvo un porcentaje de 100% en obtener atención, dar instrucciones claras en un 100% de las veces, 100% en espera del intervalo de 10" y 100% en elogiar la conducta de obediencia del terapeuta

En el seguimiento, el porcentaje en obtener atención fue del 100%, instrucciones claras 100%, 100% en espera del intervalo de 10" y 66.66% en elogiar la conducta de obediencia del terapeuta

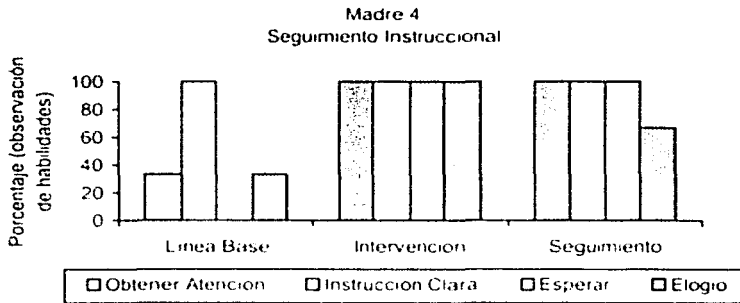


Figura 8 Muestra el porcentaje de ocurrencia del comportamiento instruccional del padre durante las tres fases del estudio

En cuanto al impacto del taller en la obediencia del niño, se observa en la figura 9, que a lo largo de la fase de línea base el niño obtuvo un porcentaje de obediencia del 16% a la primera instrucción, 33% a la segunda instrucción y el 51% de las veces no obedeció. Durante el periodo correspondiente a la intervención con la madre, se observa en el comportamiento del niño un promedio de obediencia a la primera instrucción del 32%, en la segunda instrucción del 36% y del 32% en no obediencia. En el seguimiento, la obediencia a la primera instrucción fue del 38%, a la segunda instrucción del 46% y a la no obediencia 16%.

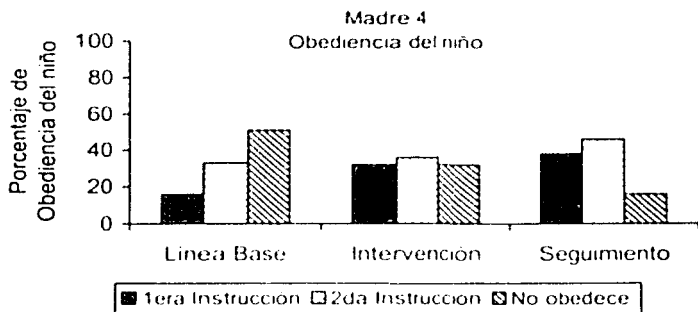


Figura 9 Porcentaje de ocurrencia del comportamiento de obediencia del niño

Padre 5

La figura 10, muestra que en la línea base el comportamiento instruccional del padre obtuvo un porcentaje de 33 33% en obtener atención, 66 66% en dar instrucción clara, 0% en esperar el intervalo de 10" y 0% en proporcionar elogio al terapeuta por seguir las instrucciones

En la intervención, se observa que el padre obtuvo un porcentaje de 100% en obtener atención, dar instrucciones claras 66 66% de las veces, 66 66% en espera del intervalo de 10" y 100% en elogiar la conducta de obediencia del terapeuta

Durante el seguimiento el porcentaje en obtener atención fue del 100%, instrucciones claras en un porcentaje de 66 66%, 100% en espera del intervalo de 10" y 100% en elogiar la conducta de obediencia del terapeuta

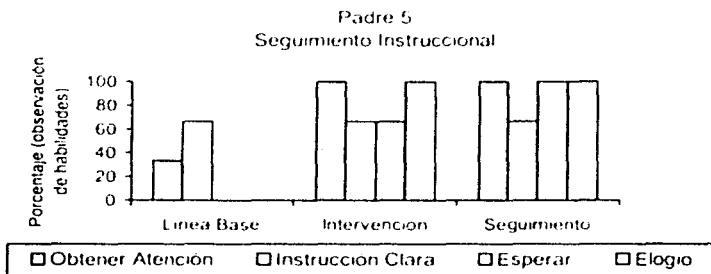


Figura 10 Muestra el porcentaje de ocurrencia del comportamiento instruccional del padre durante las tres fases del estudio

En la figura 11, se muestra el impacto del taller en la obediencia del niño, durante la línea base el niño obtuvo un porcentaje de obediencia del 2% a la primera instrucción, 38% a la segunda instrucción y el 60% de las veces no obedeció. Durante el periodo correspondiente a la intervención con el padre, se observa en el comportamiento del niño un promedio de obediencia a la primera instrucción del 48%, en la segunda instrucción del 50% y del 2% en no obediencia. En el seguimiento, la obediencia a la primera instrucción es del 50%, a la segunda instrucción del 33.7% y la no obediencia de 16.3

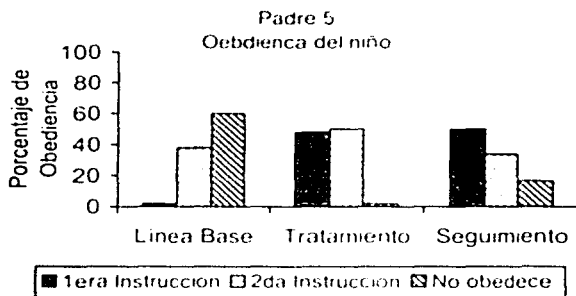


Figura 11. Muestra el porcentaje de ocurrencia del comportamiento de obediencia del niño.

Madre 6

En la figura 12, se observa que en la línea base el porcentaje fue de 33.33% en obtener atención, 66.66% en dar instrucción clara, 33.33% en esperar el intervalo de 10" y 33.33% en proporcionar elogio al terapeuta por seguir las instrucciones.

Durante al intervención, la madre obtuvo un porcentaje de 100% en obtener atención, dar instrucciones claras en un 100% de las veces, 100% en espera del intervalo de 10" y 66.66% en elogiar la conducta de obediencia del terapeuta.

Después de la intervención, el porcentaje en obtener atención fue del 66.66%, instrucciones claras en un porcentaje de 100%, 100% en espera del intervalo de 10" y 66.66% en elogiar la conducta de obediencia del terapeuta

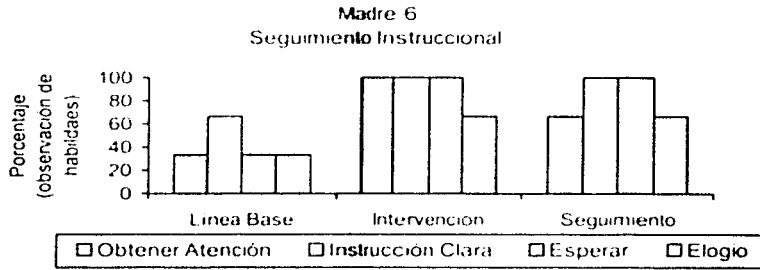


Figura 12 Muestra el porcentaje de ocurrencia del comportamiento instruccional del padre durante las tres fases del estudio

En la figura 13, se observa el impacto del taller en la obediencia del niño, donde se observa que durante la línea base el niño tuvo un porcentaje de obediencia del 28.7% a la primera instrucción, 28.3% a la segunda instrucción y el 42.8% de las veces no obedeció. En la intervención, el niño obedeció a la primera instrucción 66%, a la segunda 18% y 16% no obedeció. En el seguimiento el niño obedeció 50% a la primera instrucción, 50% a la segunda y 0% no obedeció.

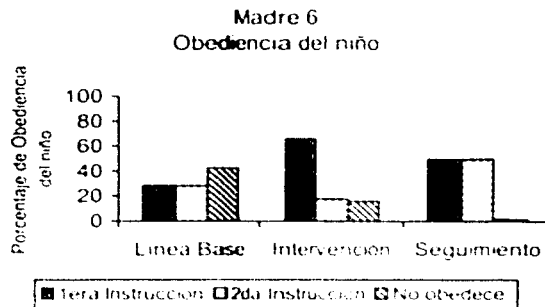


Figura 13 Muestra el porcentaje de ocurrencia del comportamiento de obediencia del niño

Madre 7

En la figura 14, se observa que en la línea base el comportamiento instruccional de la madre muestra un porcentaje de 0% en obtener atención, 0% en dar instrucción clara, 0% en esperar el intervalo de 10" y 0% en proporcionar elogio al terapeuta por seguir las instrucciones.

En la intervención, se observa que el porcentaje en obtener atención fue de 66.66%, dar instrucciones claras 66.66% de las veces, 66.66% en esperar el intervalo de 10" y 33.33% en elogiar la conducta de obediencia del terapeuta.

En el seguimiento el porcentaje en obtener atención fue del 66.66%, instrucciones claras en un porcentaje de 100%, 100% en espera del intervalo de 10" y 66.66% en elogiar la conducta de obediencia del terapeuta.

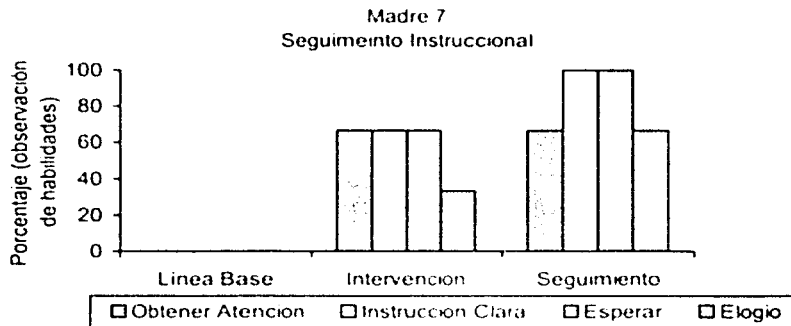


Figura 14. Muestra el porcentaje de ocurrencia del comportamiento instruccional del padre durante las tres fases del estudio

En la figura 15 se describe el impacto del taller en la obediencia del niño, se observa que durante la línea base el niño obtuvo un porcentaje de obediencia del 40% a la primera instrucción, 43% a la segunda instrucción y el 17% de las veces no obedeció. Durante la intervención, se observa en el comportamiento del niño un promedio de obediencia a la primera instrucción del 42%, en la segunda instrucción del 49% y del 9% en no obediencia. En el seguimiento, el niño obedeció a la primera instrucción 43%, a la segunda instrucción 47% y no obedeció 10%.

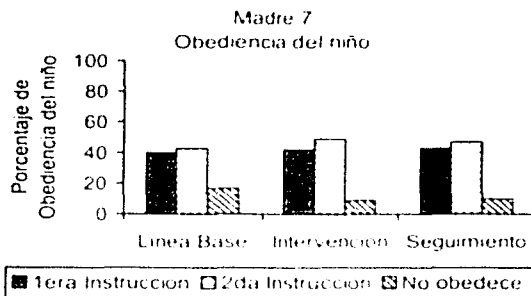


Figura 15. Muestra el porcentaje de ocurrencia del comportamiento de obediencia del niño.

Madre 8

En la figura 16, se observa que en la línea base el comportamiento instruccional de la madre alcanzó un porcentaje de 66.66% en obtener atención, 33.33% en dar instrucción clara, 0% en esperar el intervalo de 10" y 0% en proporcionar elogio al terapeuta por seguir las instrucciones.

A lo largo de la intervención, se observa el siguiente cambio en el comportamiento instruccional de la madre: un porcentaje de 33.33% en obtener atención, dar instrucciones claras en un 66.66% de las veces, 100% en espera del intervalo de 10" y 66.66% en elogiar la conducta de obediencia del terapeuta.

En el seguimiento, el porcentaje en obtener atención fue del 66.66%, instrucciones claras en un porcentaje de 66.66%, 100% en espera del intervalo de 10" y 66.66% en elogiar la conducta de obediencia del terapeuta.

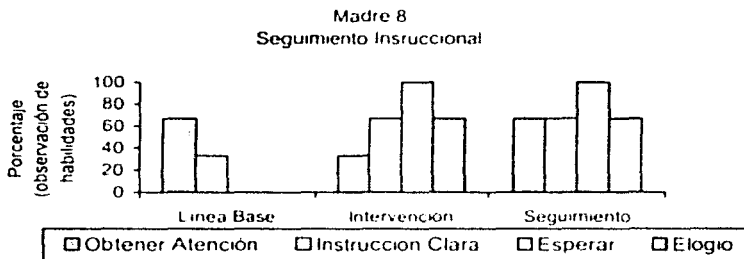


Figura 16. Muestra el porcentaje de ocurrencia del comportamiento instruccional del padre durante las tres fases del estudio

La figura 17. muestra el impacto del taller en la obediencia del niño, donde se observa que en la línea base el niño obtuvo un porcentaje de obediencia del 15% a la primera instrucción, 57% a la segunda instrucción y el 28% de las veces no obedeció.

Durante el periodo correspondiente a la intervención, se observa en el comportamiento del niño un promedio de obediencia a la primera instrucción del 32%, en la segunda instrucción del 60% y del 8% en no obediencia. En el seguimiento, la obediencia a la primera instrucción fue del 40%, a la segunda instrucción del 45% y la no obediencia de 15%.

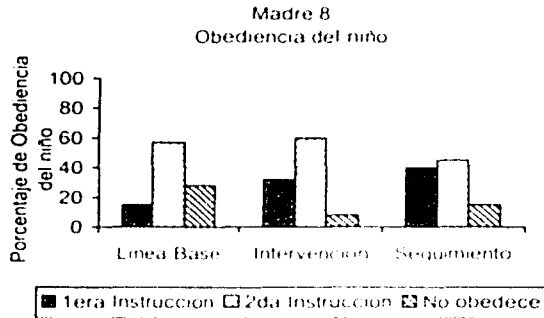


Figura 17 Muestra el porcentaje de ocurrencia del comportamiento de obediencia del niño

Resultados Generales

La figura 18, muestra el comportamiento instruccional de los 8 padres durante al fase de línea base, el 54.16% de las veces los padres obtuvieron atención, el 45.89% dieron la instrucción clara, el 62.5% de las veces esperaban el intervalo de 10" y el 50% de las instrucciones proporcionaron elogio al terapeuta que actuaba como niño, aunque en algunos casos no debía hacerse (se realizaron tres registros por persona).

En la fase de intervención se observa que el 91.6% de las veces obtuvieron atención, el 83.3% proporcionaron una instrucción clara, el 79.16% esperaron 10" y el 70.83% dieron elogio (se realizaron tres ensayos por persona a lo largo de la intervención)

En el seguimiento se observa que el 91.6% de las veces obtuvieron atención, el 95.83% proporcionaron una instrucción clara, el 91.6% esperaron 10" y el 83.3% dieron elogio (se realizaron tres ensayos por persona en el seguimiento).

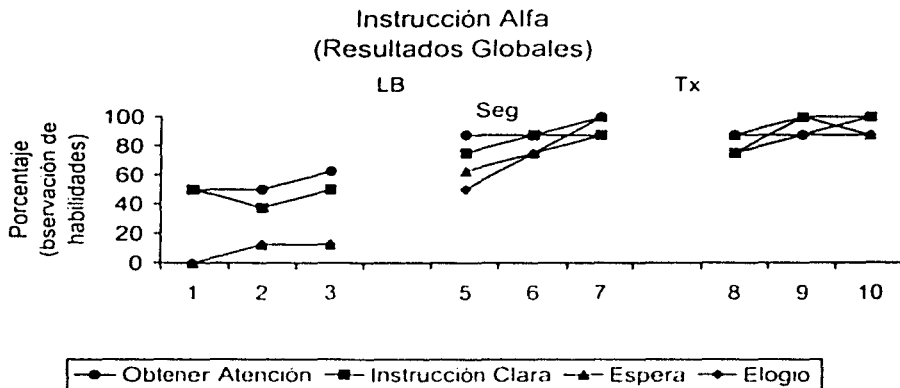


Figura 18. Muestra el porcentaje promedio de ocurrencia del comportamiento instruccional de los ocho padres de familia durante las tres fases de la intervención.

En la figura 19, se describen los datos generales obtenidos en los 8 padres de familia a través de las fases de línea base, intervención y seguimiento con respecto al impacto del taller en la obediencia de los niños.

Durante la fase de línea base, el porcentaje promedio de ocurrencia de obediencia de los niños a la primera instrucción fue de 16.53%, a la segunda instrucción fue de 40.85% y el porcentaje de no obediencia fue de 42.58%.

Durante la fase de intervención, se observan los siguientes cambios en la conducta de los niños aún cuando éstos no se expusieron a una intervención directa: el

porcentaje promedio de obediencia de los niños en la primera instrucción se incrementó a 46.16%, mientras que la obediencia en la segunda instrucción fue de 41.07% y el porcentaje de no obediencia fue de 12.65%.

En la fase de seguimiento, se observa que el porcentaje promedio de obediencia de los niños a la primera instrucción se incrementó a 50.12%, mientras que la obediencia en la segunda instrucción fue de 40.12% y el porcentaje de no obediencia disminuyó a 9.73%.

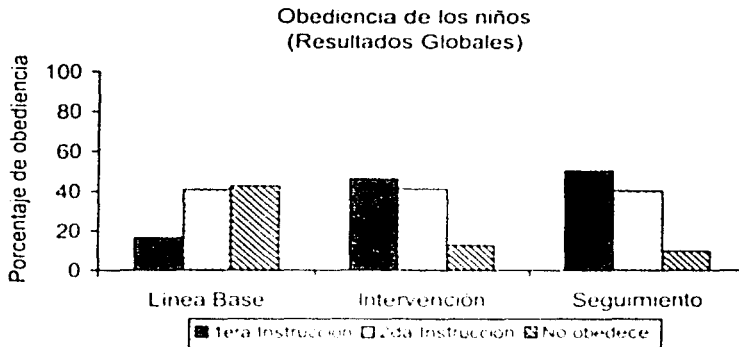


Figura 19. Muestra el porcentaje de ocurrencia de obediencia en los niños de los ocho padres de familia, durante las tres fases del programa.

En la figura 20, se observan los resultados del cuestionario de satisfacción del taller, se aplicó en la última sesión de la fase de intervención.

Los padres de familia estuvieron completamente de acuerdo con los procedimientos empleados con un porcentaje de 100% y con las conductas de los terapeutas con 100%. En cuanto a los resultados, se obtuvo un 95.83% y en las metas 91.66%.

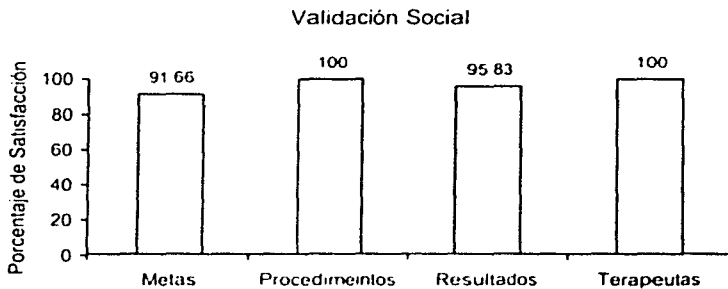


Figura 20 Muestra los puntajes generales en cada una de las escalas de satisfacción del entrenamiento

DISCUSIÓN

El objetivo de este taller era disminuir las conductas inadecuadas de los niños como desobediencia, berrinches, agresión, irritabilidad y oposición por medio de la adquisición de habilidades en manejo conductual infantil por parte de los padres de familia, tales como la determinación de antecedentes, consecuencias y conductas adecuadas e inadecuadas, elogiar, castigar, ignorar, dar instrucciones claras y establecer reglas.

Los resultados indican que con el entrenamiento de estrategias de manejo conductual se ampliaron y modificaron los conocimientos y habilidades de los padres de familia incrementándose de esta forma la probabilidad de obediencia en los niños.

Por medio del análisis de los antecedentes y consecuencias de la conducta (registro ACC), los padres de familia lograron identificar los factores que propician las condiciones para que un niño presente una conducta inadecuada, esto les brindó la posibilidad de modificar estos factores y disminuir dicha conducta en los niños. Lo cual concuerda con lo dicho por Reimers, Wacker, Stange y McCarthy (1989) quienes demostraron que el Análisis Funcional es una herramienta indispensable para el diagnóstico de problemas de conducta.

De acuerdo con la descripción del procedimiento del comportamiento instruccional de Forehand y MacMahon (1981) se observó que antes de la intervención los padres no utilizaban los componentes de la instrucción alfa, es decir, obtenían atención, daban la instrucción clara, esperaban 10" y elogiaban menos de la mitad de las veces, después de esta y durante el seguimiento los resultados se modificaron aumentando las habilidades que los padres aprendieron en el entrenamiento.

Los padres que obtuvieron los mejores resultados en cuanto a las habilidades del seguimiento instruccional fueron el padre 3 y la madre 2, quienes incrementaron al máximo la ocurrencia de cada una de las categorías de las instrucciones alfa y en menor grado el padre 1 y el 5, sin embargo, su participación fue destacada porque durante la línea base casi no utilizaban las categorías de las instrucciones alfa y después de esta aumentaron considerablemente sus habilidades.

El impacto del taller favoreció en la obediencia del niño, ya que durante la línea base los niños obedecían hasta que los padres emitían una segunda instrucción, o simplemente no obedecían a las indicaciones de estos. Sin embargo, durante la intervención y el seguimiento la probabilidad de obediencia a la primera y segunda instrucción se amplió y disminuyó la probabilidad de no obediencia.

Es importante hacer notar que los padres que obtuvieron los mejores resultados en la adquisición de habilidades de seguimiento instruccional, fueron los mismos que incrementaron la probabilidad de obediencia de sus hijos a la primera instrucción.

Los padres 1, 2, 3 y 5 reportaron baja probabilidad de obediencia durante la línea base, sin embargo, durante la intervención y en la fase de seguimiento estos resultados se invirtieron, es decir, aumentó la probabilidad de obediencia a la primera y segunda instrucción y disminuyó la desobediencia. Estos resultados concuerdan con los encontrados por Ayala, Téllez y Gutiérrez (1994), en que los padres, al adquirir habilidades de manejo conductual infantil disminuyeron la conducta de desobediencia en sus hijos.

Estos resultados señalan claramente el vínculo que existe entre el comportamiento instruccional del padre y la probabilidad de obediencia del niño, ya que fueron los mismos padres quienes obtuvieron los mejores resultados en ambas mediciones.

En lo que respecta a la validación social, los resultados obtenidos muestran la efectividad del entrenamiento. La validación de metas señala la importancia de trabajar con la conducta de interés para el sujeto, de acuerdo con la experiencia en el programa, los padres manifestaron su satisfacción con el objetivo establecido. En relación con la validación de procedimientos, se observa que estuvieron totalmente de acuerdo con éste, ya que los interesados aprendían estrategias de manejo conductual de una manera rápida, en pocas sesiones. En cuanto a la validación de resultados, los padres estuvieron satisfechos con lo que se obtuvo del entrenamiento, mencionaron que sus hijos obedecían más que antes de este y que su relación con ellos es de mayor calidad. Finalmente, en la validación de los terapeutas, los padres estuvieron completamente de acuerdo con el comportamiento profesional durante toda la intervención, además de que transmitían confianza y seguridad.

Lennox y Miltenberger (1990), afirman que si se trabaja directamente en el problema que concierne al usuario, se podrá garantizar que las personas llevarán a cabo las indicaciones que se dan en una intervención profesional, que su participación será más cooperativa y que finalizará satisfactoriamente el tratamiento

CONCLUSIONES Y PROPUESTA

La Salud no solamente se refiere al aspecto individual, sino también al que abarca a una comunidad, por esta razón, la salud pública se centra en prevenir y combatir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar el bienestar y eficiencia de los individuos a través del esfuerzo organizado de la comunidad. De esta manera, la comunidad funciona como agente de cambio en su situación de salud

La salud psicológica es un componente esencial para el funcionamiento adecuado del ser humano. La gran mayoría de los problemas psicológicos se vinculan con diversos factores en constante interacción a lo largo del desarrollo del individuo. Estos factores son muy variados, incluyen hábitos alimenticios y de higiene, estilos de vida y estilos de crianza

El diagnóstico comunitario proporciona conocimientos sobre el nivel socioeconómico de los habitantes y los factores de riesgo que perciben dentro de la comunidad, sin embargo, en futuras investigaciones se debería aplicar este instrumento a una muestra más amplia de la comunidad que se desee estudiar para obtener una mayor confiabilidad

El programa de intervención que se quiera implementar de acuerdo a los datos obtenidos en el diagnóstico comunitario, deberá estar encaminado a facilitar el desarrollo de capacidades protectoras individuales, como son la forma de enfrentar los problemas, el manejo del estrés, el desarrollo de habilidades de interacción para aumentar el apoyo social y la adecuada expresión de ideas y pensamientos. La labor sobre estas áreas impactará en otras que guardan una relación directa entre la persona, su entorno familiar y comunitario, dentro de las que se encuentran la nutrición, el manejo del tiempo libre, el uso de sustancias y otros elementos socio-culturales como el pandillerismo, el maltrato infantil, el embarazo adolescente y la delincuencia

De igual forma, debe aspirar a facilitar la construcción de estilos de vida saludables, deberá tener en cuenta factores que contribuyan a fortalecer la protección en el ámbito individual, familiar, comunitario y social, así como debilitar aquellos factores que ponen en riesgo a la salud

La disciplina que los padres utilizan es un motivo de gran ansiedad, contradicción y confusión de ideas, por esta razón, los estilos de crianza pueden constituir ya sea un factor de riesgo o un factor protector en el desarrollo de los niños. Los problemas que con mayor frecuencia se presentan entre los niños son aquellos relacionados con el incumplimiento de las normas o desobediencia, agresividad, carencia de habilidades sociales y de auto cuidado que se dan a lo largo del desarrollo por medio del aprendizaje. Debido a estas circunstancias los programas de intervención conductual han considerado fundamental la participación de los padres para modificar problemas de conducta en los niños

Los resultados de la investigación proporcionaron evidencias sobre el valor funcional de la intervención, es decir, los padres de familia adquirieron y aplicaron debidamente estrategias de manejo conductual infantil, aprendieron a dar instrucciones adecuadamente, e incrementaron la interacción positiva con sus hijos, colateralmente, los niños aumentaron las conductas adecuadas, reduciendo las inadecuadas.

Sería necesario realizar mediciones posteriores para corroborar que los padres de familia continúan aplicando las estrategias adecuadas de manejo conductual infantil y confirmar si las conductas adecuadas de los niños se estabilizaron y generalizaron a otros escenarios

Se debe tener en cuenta que una limitante de este estudio es que no se trabajó directamente con los niños, los datos se obtuvieron de las observaciones que los padres realizaron

Los padres de familia que no reportaron modificaciones importantes en los datos durante la intervención se debe a que probablemente necesitaban más sesiones para alcanzar los criterios requeridos

Finalmente, los padres mencionaron estar satisfechos con el objetivo, el procedimiento y los resultados del programa, por lo que ellos podrían servir como medio para difundir y diseminar el programa

REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

Abramson, J. H. (1990). **Métodos de Estudio en Medicina Comunitaria. Una Introducción a los Estudios Epidemiológicos y de Evaluación.** Madrid: Diaz de Santos.

Albee, G. W. (1982). Preventing Psychotherapy and Promotion Human Potential. *American Psychologist*, 37, 1043-1050.

Ander E. (1993). **Metodología y Práctica del Desarrollo del la Comunidad.** México: El Ateneo.

Arón, A. M. y Milicic, N. (1993). **Vivir con otros. Programa de Desarrollo de Habilidades Sociales.** Chile: Editorial Universitaria.

Ayala, V. H; González, Q. J; Fulgencio, J. M; Tellez, S. G y Barragán, T. N. (1998). **Manual de Entrenamiento a Padres.** México: Miguel Angel Porrúa.

Ayala, V. H., Téllez, G. y Gutiérrez, L. M (1994) Análisis y Establecimiento de Estilos Instruccionales en Padres de Familia como Estrategia de Intervención en Problemática Conductual Infantil. *Revista Mexicana de Psicología*, 11 (1), 7-18.

Ayala, V. H. Y Morales, Ch. S. (2001) **Reporte de Experiencia Profesional.** México: Reporte Interno de la Facultad de Psicología.

Azar, S. T. y Siegal, B. R. (1990) Behavioral Treatment of Child Abuse. A Developmental Perspective. *Behavior Modification*, 14, 279-300.

Beverly T.; Murphy, F.; Sheats, J.; Densler, Mable. y Crump, S. (1998). Translating Breast Health: A Role For Community Lay Health Workers In The 21th Century. **American Journal of Health Studies**, 14, 137-142.

Bijou, S. W. y Baer, D. M. (1961). **Child Development I: A Systematic and Empirical Theory**. New York: Appleton-Century-Crofts.

Bourke, L. M., Van Hasselt, B. V. Social Problem-Solving Skills Training for Incarcerated Offenders. **Behavior Modification**, 25 (2), 163-188.

Brannon, L. y Feist, J. (1996). **Health Psychology. An Introduction to Behavior and Health**. USA: Brooks/Cole Publishing Company.

Burton-White, B. L. (1975). Critical Influences and the origin of Competence. **Merrill-Palmer Quarterly**, 21, 243-266

Cairns, R. B. (1990). Toward a Developmental Science. **Psychological Science**, 1, 42-44.

Campion, J. (1987). **El Niño en su Contexto. La Teoría de los Sistemas Familiares en Psicología de la Educación**. Barcelona. España: Ediciones Paidós Ibérica S.A.

Castro, S. M. y Millé, M. C. (1998). **Construye tu Vida sin Adicciones. Manual del Facilitador**. México: Secretaria de Salud y Consejo Nacional contra las Adicciones.

Chavis, D. M., Florin, P., y Felix, M. R. J (1993) Nurturing Grassroots Initiatives for Community Development: The Role of Enabling Systems. In T. Mizrahi y J. Morrison. **Community organization and social administration** New York: Haworth

Dadds, R. M. y McHugh, A. T. (1992) Social Support and Treatment Outcome in Behavioral Family Therapy for Child Conduct Problems. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 60 (2), 252-259.

De La Fuente, R. (1982). Acerca de la Salud Mental en México. **Salud Mental**, 4 (9), 4-13.

Eljure, C. (1985). Algunos Aspectos Socio-Culturales y Clínicos que Caracterizan a los Pacientes del Bloque Vespertino de la UTNA, en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. **Salud Mental**, 8 (1), 23-28.

Faba, G. Toussaint, C.; Borges, A y Vieyra, A. (1995) La investigación en Salud en América Latina Estudio de Países Seleccionados Organización Panamericana de la Salud. **Publicación Científica**, 543.

Fawcett, S. B.; Paine-Andrews, A.; Francisco, V. T.; Schultz, K. P.; Richter, R. K.; Lewis, E. L.; Williams, K. J.; Harris, J. Y.; Berkley, J. L.; Fisher, M. y López, M. C. (1995). Using Empowerment Theory in Collaborative Partnerships for Community Health and Development. **American Journal of Community Psychology**, 23, (5), 677-697.

Fawcett, S. B., White, G. W., Balcazar, F., Suarez-Balcazar, Y., Mathews, R., Paine, A.; Seekins, T y Smith, J. (1994) A Contextual-behavioral Model of Empowerment: Case Studies Involving People with Disabilities **American Journal of Community Psychology**, 22, 471-496

Fawcett, S. B. (1991). Some Values Guiding Community Research and Action. **Journal of Applied Behavioral Analysis**, 24, 621-636

Fonserrada, M. (1986) La Prevención de Trastornos Emocionales en la Niñez. **Salud Mental**, 6 (2), 11-17

Forehand, R. L. y Atkenson, B. M. (1977). Generality of Treatment Effects with Parents as Therapists: A Review of Assessment and Implementation Procedures. **Behavior Therapy**, 8, 575-593.

Forehand, R. L. y MacMahon, R. J. (1981). **Helping the non-compliant child: A clinician guide to parent training**. New York: Guilford Press.

Frick, P. J.; Christian, R. E.; Wootton, J. M. (1999). Age Trends in the Association Between Parenting Practices and Conduct Problems. **Behavior Modification**, 23 (1), 106-128.

Fulgencio, J. M. (1996) **Validación Social de un Programa Eco-Conductual para la Prevención y Tratamiento del Maltrato Infantil**. Tesis no Publicada de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Fulgencio, J. M.; Chaparro, C. L.; Chiquini, H. Y.; Romero, G. G.; Téllez, S. G.; Barragán, T. N y Ayala, V. H. (1998). **Manual de Entranamiento a Terapeutas para el Manejo de Problemas de Desobediencia**. México: Miguel Angel Porrúa

Gabor, A. (1990). **The Man who Discovered Quality**. New York Time Books

Gonzalez, Q. J. (1994). **Paquete de Intervención Conductual para Problemas de Interacción en la Diada Madre-Hijo**. Tesis No Publicada de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM

Graziano, A. M. y Diamant, D. M. (1992). Parent Behavioral Training. An Examination of the Paradigm. *Behavior Modification*, **16**, 3-38.

Harding, J.; Wacker, P. D.; Cooper, J. L.; Asmus, J.; Jensen-Kovalan, y Grisolano, A. L. (1999). Combining Descriptive and Experimental Analyses of Young Children With Behavior Problems in Preschool Settings. *Behavior Modification*, **23 (2)**, 316-333.

Hernández, T. F. e Immer, N. A. (1997). *Salud Pública. El Milagro Invisible*. México: Colección de oro para el profesional de la Salud.

Hernández-Guzmán, L. y Sánchez-Sosa, J. J. (1991). Prevención Primaria del Deterioro Psicológico. Factores de Riesgo y Analisis Etiológico a través de un Modelo Interactivo. *Revista Mexicana de Psicología*, **8**, 83-90

Hernández-Guzman, L. y Sánchez-Sosa, J. J. (1994). Contribución de la Investigación en Psicología Preventiva a la Educación para Padres. *Revista Mexicana de Psicología*, **11**, (1), 97-101.

Hunt, W. A.; Matarazzo, J. D.; Weiss, M. S. y Gentry, W. D. (1979). Associative Learning, Habit, and Health Behavior. *Journal of Behavior Medicine*, **2**, 111-124.

INEGI. Distrito Federal. Resultados Definitivos. Tabulados Básicos. Censo de Población y Vivienda 1995

INEGI Sistema para la Consulta de la Información Censal por Colonias (SCINCEC). Información 1995

Ison, M. S. y Rodríguez, I. C. (1997). Desarrollo de Habilidades Sociales en el Tratamiento de Conductas Problema Infantiles. *Revista Mexicana de Psicología*, 14 (2), 129-137

Jacob, T. (1987). *Family Interaction and Psychopathology. Theories, Methods and Findings*. New York: Plenum Press.

Jacobson, D. E. (1986). Types and Timing of Social Support. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 250- 264.

Kimberly, F.; Zychowski, A.; Stuhldreher, L. y William, R. (2000). Weapon-Carrying in School: Prevalence and Association with Other Violent Behaviors. *American Journal of Health Studies*, 16, (3), 133-140.

Latorre, P. J. y Benet, M. P. (1994). *Psicología de la Salud*. Argentina: Lumen.

Leavell, H. R. y Clark, E. G. (1965). *Preventive Medicine for the Doctor in his Community. An Epidemiologic Approach*. New York: McGraw-Hill Book.

Leitenberg, H. (1983) *Modificación y Terapia de la Conducta. II: Infancia y Juventud. Aplicaciones Generales* México: Morata.

López, R. F. (1993). La Noción de Desarrollo y el Análisis Conductual: La Búsqueda de un Programa de Trabajo. *Revista Mexicana de Psicología*, 10,(1), 99-109

Lutzker, J. R. (1990) Behavioral Treatment of Child Neglect. *Behavior Modification*, 14, 301-315

Lutzker, J. R.; Touchette, P. E y Campbell, R. V. (1998). Parental Positive Reinforcement Might Make a Difference: A Rejoinder to Forehand. **Child and Family Behavior Therapy**, 10 (4), 25-32.

Matarazzo, J. D. (1984). Behavioral Health: A 1990 Challenge for the Health Science Professions. En: J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd y N. E. Mechanic, D. (1979): **American Journal of Public Health**, 69,1142-1145

Matarazzo, J. D. (1994). Health and Behavior: The Coming Together of Science and Practice in Psychology and Medicine After a Century of Benign Neglect **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, 1, 7-39

Matarazzo, J., Lazarus, R., Melamed, B y Schuartz G. (1984). **Psychology and Health**. Edited by Hammonds B y Scheirer J American Psychological Association. USA.

McDowell, R. L. (1976). Parent Counseling: The State of the Art. **Journal of Learning Disabilities**, 9 (19), 6-11.

McMahon, R. J. y Forehand, R. (1984). **Parent Training for the Noncompliant Child. Treatment Outcome, Generalization and Adjunctive Therapy Procedures**. Parent Training. New York. The Guilford Press.

McMichael, J. S. y Corey, J. R. (1969). Contingency Management in an Introductory Psychology Course Produces Better Learning. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 2, 79-84.

Montero, M. (1989). **Definición, Conceptos Básicos y Rol de Psicólogo en la Psicología Comunitaria**. Universidad Central de Venezuela. Documento.

- Montero, M. (1989). **Métodos y Técnicas de la Investigación en Psicología Comunitaria**. Universidad Central de Venezuela. Documento.
- Morales, C. S. (1996). **Evaluación de un Programa para Padres que Maltratan a sus Hijos Basado en el Entrenamiento en Planificación de Actividades en el Hogar y en la Comunidad: Adquisición de Habilidades de Enseñanza Incidental**. Tesis No Publicada de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Mustard, H. S. y Stebbins, E. L. (1965). **Introducción a la Salud Pública**. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Patterson, G. R.; Reid, J. G. y Dishian, T. J. (1990). **Antisocial Boys**. Eugene. OR: Castalia.
- Reig, A.; Rodríguez, J. y Mirá, J. J. (1987). **Psicología de la Salud: Algunas Cuestiones Básicas**. *Información Psicológica*, 30, 5-10.
- Richman, N.; Stevenson, J. y Graham, P. J. (1982). **Pre-school to School: Behavioral Study**. *Behavioral Development: A Series of Monographs*. Londres: Academic Press
- Risley, T. R. (1970) **Behavior Modification: An Experimental Therapeutic Endeavor**. Canada: University of Calgary Press
- Rueda, J. M. (1994) **El Psicólogo en la Comunidad**. *Anuario de Psicología*, 63, 235-243.
- San Martín, H. y Pastor, V. (1984) **Epidemiología Social y de la Comunidad**. Madrid: Díaz de Santos
- San Martín, H. y Pastor, V. (1988). **Salud Comunitaria, Teoría y Práctica**. Madrid: Díaz de Santos.

- Sánchez Rosado, M. (1994). *Elementos de Salud Pública*. México: Editores Méndez.
- Sanders, M. R. y Dadds, M. R. (1982). The Effects of Planned Activities and Child Management Procedures in Parent Training: An Analysis of Setting Generality. **Behavior Therapy**, 13, 452-461.
- Sarafino, E. P. (1998) Health Psychology. **Biopsychosocial Interactions**. USA: John Wiley y Sons, Inc.
- Sheridan, C. L. y Radmaches, S. A. (1992). **Health Psychology. Challenging the Biomedical Model**. USA: John Wiley y Sons, Inc.
- Silva, G. y Undurraga G (1990) El Modelo de Intervención Comunitaria en la Implementación de una Campaña de Prevención de Salud Mental. **Boletín de la AVEPSO**, XII, 19-25
- Stone, G. C. (1982) Health Psychology: A New Journal For a New Field. **Health Psychology**, 1 (1), 1-6
- Wolf, M. M. (1978). Social Validity: The Case for Subjective Measurement or how Applied Behavior Analysis is Finding its Heart. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 11, 203-214.
- Wolfe, D. A.; Lawrence, J. St.; Graves, K.; Brehony, K.; Bradlyn, D. y Kelly, J. A. (1982). Intensive Behavioral Parent Training for a Child Abusive Mother. **Behavior Modification**, 13, 438-451.
- Wolff, T. (1992). **Coalition building: One path to empowered communities**. Amherst: Community Partners.

Zimerman, R.; Baez, M. y Vargas, J. (1981). Características de la Población Atendida y de los Tratamientos Empleados en los Centros de Salud Mental del Valle de México. **Salud Mental, 4 (4)**, 14-18.

ANEXO 1

ANEXO 2

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

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

Nivel socio-económico

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

Nombre: _____

Dirección: _____

1. Edad: _____ 2. Género: F M

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

4. Escolaridad: Sin estudios Primaria Secundaria Bachillerato Profesional

5. Ocupación: _____ 6. Religión: _____

7. Estatura: _____ 8. Peso: _____

9. Constitución: _____

Teléfono: _____

Datos de la familia:

10. ¿Cuántos miembros conforman la familia? _____

11. Señale el ingreso mensual promedio de la familia:

Menos de \$500 00

De \$500 a \$999

De \$1000 a \$1800

De \$1801 a \$3000

De \$3001 a \$5500

Más de \$5501

12. La casa que habitan es:

Propia

La están pagando

Prestada

Rentada

Otro

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

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

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

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

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

16. ¿Qué problemas detecta dentro de su comunidad?

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

Otros: _____

Salud y vida cotidiana

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

Si: 1 No: 2

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

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

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

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

58. Extrovertido

—

59. Exitoso

—

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

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

—

Cuando tengo un problema muy fuerte

60. Trato de saber más sobre la situación

—

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

—

62. Hablo con algún amigo acerca del problema

—

63. Hablo con algún profesional, abogado o cura

—

64. Rezo por una guía o para darme valor

—

65. Me preparo para el peor de los casos

—

66. Dejo de preocuparme y pienso que todo saldrá bien

—

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

—

68. Trato de ver el lado bueno de la situación

—

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

—

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

—

71. Considero varias alternativas para manejar el problema

—

72. Me guío por experiencias pasadas

—

73. Dejo de expresar mis sentimientos

—

74. Tomo las cosas como vienen, paso a paso

—
—

75. Trato de ver las cosas objetivamente.

—

76. Pienso sobre la situación para tratar de entenderla mejor

—

77. Me digo cosas para ayudarme a sentirme mejor

—

78. Intento no precipitarme, actuando impulsivamente

—

79. Me olvido del problema por un tiempo

—

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

—

81. Evito estar con la gente en general

—

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

—

ide

—

83. Me niego a creer lo que está sucediendo

—

84. Lo acepto y pienso que no puedo hacer nada

—

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

—

86. Negocio para rescatar algo positivo de la situación

—

Intento reducir la tensión:

87. Tomando más

—

88. Comiendo más

—

89. Fumando más

—

90. Haciendo más ejercicio

—

91. Tomando tranquilizantes

—

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

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

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

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

Formas de consumo

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

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

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

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

122

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

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

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

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

Hábitos alimenticios

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Uso del tiempo libre

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

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

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

- 3. No
- 0. Sí

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

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

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

- 3. No
- 0. Si

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

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

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

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

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

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

Expresividad

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO 3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MANUAL DE ENTRENAMIENTO A PADRES

ELABORADO POR :

Meltiz Aguado Erica Belen
García Sánchez Alfonso

TALLER A PADRES

Introducción

En los tiempos actuales, como resultado de los múltiples cambios sociales y personales por los cuales todas las personas atraviesan, incluyendo a los padres, el correr a la escuela, al trabajo, los quehaceres, la comida, las tareas de los niños y las tareas propias, nos hacen en ocasiones dejar de lado aquellas actividades en las que convivimos con nuestros hijos, y nos quedan pocas oportunidades de observar como es su desarrollo y de cómo es que ellos se comportan.

Objetivo del Taller

Identificar aquellas conductas inapropiadas en sus hijos, así como la forma más efectiva de corregir esos comportamientos, empleando los recursos con los que contamos en nuestro medio ambiente y que a veces pasamos por alto.

Observando la Conducta de Nuestros Niños

Aunque todo el tiempo estamos pendientes de que tengan lo necesario, vemos que se levantan, se asean, desayunen, vengán todo para iniciar su día, pero sin embargo *no observamos* lo que *vemos*. *Observar* es poner atención en esos pequeños detalles que median el comportamiento y que hacen que el niño responda de una o de otra manera, y no solo ver lo que hace o reaccionar cuando ya ha pasado, es decir, *mirar*. La importancia de *observar* radica en tratar de determinar cuando se porta inadecuadamente, que es lo que hace exactamente y también identificar cuando se porta adecuadamente.

¿Qué observar?

a) Antecedentes

Son las condiciones presentes antes de que ocurra la conducta, pero que no la causan y que ocasionan que está se siga manteniendo.

b) Conducta

Es aquello que observamos que ocurre del comportamiento en cuestión.

c) Consecuencias

Es lo que sucede después de la conducta y que mantiene o decrementa la ocurrencia futura de la misma.



Tipos de Consecuencias :

- a) Consecuencias Positivas: Situaciones que ocurren inmediatamente después de la conducta, y que ocasionan un incremento en la frecuencia de ocurrencia de dicha conducta. Una conducta inadecuada puede ser mantenida si nosotros reaccionamos poniendo atención, sonriendo, elogiando, dando juguetes o comida.
- b) Consecuencias Negativas: Se refieren a eventos que ocurren inmediatamente después de una conducta y que decrementará su ocurrencia en el futuro. Ejemplos de consecuencias de este tipo son: fruncir el ceño, gritar (elevar el tono de voz), regañar, retirar privilegios y pegar (aunque no es lo mas adecuado).

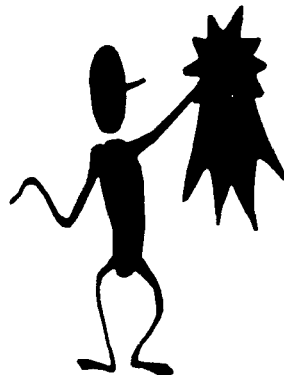
Observar:

- ¿Qué pasa antes de que el niño se porte inadecuadamente? (Antecedentes)
- ¿Qué hace cuando se porta de esa manera? (Conducta)
- ¿Qué pasa después de que lo hace? (Consecuencia)
- ¿Dónde y quiénes estaban presentes?

Debemos hacernos las mismas preguntas cada vez que el niño se porte adecuadamente para identificar y diferenciar ambos tipos de conducta. Una vez respondidas estas preguntas, el paso siguiente es comenzar a cambiar la manera en la que respondemos a ciertas conductas, al hacer esto estamos cambiando las reglas que el niño ha aprendido, este cambio provocará inicialmente que la (s) conducta (s) inadecuadas empeoren al principio porque el niño estará probando los límites de las nuevas reglas. Es importante no olvidar que no solo vamos a cambiar la forma de responder si no a enseñar nuevas maneras de hacerlo.

¿Qué necesitamos?

- 1) Tiempo Disponible
- 2) Tiempo real que dedicamos al plan de cambio conductual y de interacción con nuestros hijos.
- 3) Controlar la Influencia de Otros
- 4) Hablar con toda la familia, amigos, vecinos, etc., con quienes el niño conviva para que nos apoyen y ayuden a realizar efectivamente nuestro programa
- 5) Cambios en el Ambiente Físico
- 6) Ya que identificamos las conductas que deseamos que nuestros niños aprendan a realizar debemos asegurarnos de que cuentan con lo necesario para realizarlas.



Cambio Conductual

El paso siguiente es buscar la manera en la que nuestro hijo comience a cambiar su comportamiento. Recordemos que lo que ocurra inmediatamente después de una conducta determinará si esa conducta ocurrirá o no en el futuro.

Recompensas

Son eventos o cosas que le gustan a las personas y es algo por lo que se está dispuesto a trabajar, se emplean para aumentar la conducta. Es importante conocer como es que premiamos a nuestros hijos y además como les gusta ser premiados a ellos.

Tipos de Recompensas

- a) Comestibles : Comida, verduras, frutas, postres, dulces, jugos, cereal, papas fritas, pasitas, etc.
- b) Actividades : Ir a la tienda, dibujar, ver un programa de televisión, andar en bicicleta, leer un libro, oír música, jugar con juguetes, pasear al perro, etc.
- c) Elogios : Estos son los más importantes, consisten en describir al niño que es lo que ha hecho correctamente y por que se le presta mayor atención. Estos se comunican diciendo "hiciste muy bien la tarea, te felicito" o de manera física dándole un abrazo y un beso.

Reglas para el uso de recompensas (Consecuencias positivas)

Saber como dar una recompensa en que situación y en cual no, dependerá de la conducta que queramos cambiar en nuestro niño.

- 1) *Sea consistente* : Responder de igual manera al comportamiento del niño, y no hacerlo dependiendo de nuestro estado de ánimo o problemas.
- 2) *Hágalo de inmediato* : Es importante dar la recompensa tan pronto como la conducta deseada haya ocurrido para que el niño sepa por que se le está recompensando.
- 3) *Varie las recompensas* : Se deben dar cada vez diferentes tipo de recompensas para que el niño no se sacie o se aburra y deje de trabajar para conseguirlas.
- 4) *Efectividad* : Se deben dar como recompensas cosas que realmente agraden al niño, para que trabaje por ellas.
- 5) *Asociar recompensas con elogios* : Cuando le demos una recompensa comestible o le permitamos realizar alguna actividad por su buen comportamiento, también debemos felicitarlos verbal y físicamente para que sienta que estamos pendiente de él

Reglas para el uso de castigos (Consecuencias Negativas)

De igual manera tenemos cuatros reglas principales para manejar adecuadamente una conducta inadecuada de nuestros niños, por medio de una consecuencia negativa:

- 1) Sea consistente : Siempre retirar algún privilegio o evento satisfactor al niño cuando muestre la conducta inadecuada.
- 2) Hágalo de inmediato : No espere demasiado tiempo para aplicar la consecuencia negativa.
- 3) Utilice castigos cortos y efectivos cuya finalidad sea, solamente disminuir la conducta a la que siguen y no el de desahogar su enojo.
- 4) De la oportunidad al niño de mostrar conducta apropiada, inmediatamente después de haber cumplido su castigo.



Ignorar cómo una Técnica de Manejo Infantil

Para el manejo de los berrinches, esta es la técnica mas adecuada, ya que permite controlarlo y disminuirlo a la vez. Esta consiste en retirar la atención cuando el niño presenta un comportamiento inadecuado, para que el adulto lo atienda o le conceda algo. Es importante señalar que no todas la conductas inadecuadas se deben ignorar, únicamente aquellas que tienen como fin llamar la atención.

Si el niño comienza a presentar un comportamiento que le pueda causar daño, usted evitará esto restringiéndole físicamente, sin mostrar contacto visual o conductas que implican dar atención.

Finalmente usted debe mostrarse canchoso cuando el niño se porte adecuadamente de forma que sea clara la diferencia entre obtener su atención por portarse bien y el perderla cuando se porte mal.

Estableciendo Reglas

Una regla es un acuerdo que se establece entre las personas que integran una familia, para promover la colaboración en el manejo de la casa y el cumplimiento de deberes y responsabilidades. Mediante las reglas también se establecen límites claros al comportamiento de los niños.

¿Cuándo establecer reglas?

Es útil establecerlas cuando surgen conflictos que impiden que la familia tenga una buena relación y que se originan en la falta de colaboración o en el incumplimiento de responsabilidades, o en la falta de claridad sobre que cosas están permitidas y cuales no lo están.

¿Cómo establecer las reglas?

Los padres describen al niño en forma objetiva el problema que tienen y sus consecuencias. Se plantea al niño en forma objetiva cual será la regla y cuales serán las consecuencias por cumplir con ella y cuales por no respetarla, esto será para cada miembro de la familia.

Por ejemplo: Necesitas organizarte para hacer la tarea temprano, la estás haciendo muy tarde. Tu tarea la harás después de comer, si acabas antes de las 6 podrás salir a jugar.

Es importante resaltar que las reglas funcionan cuando somos consistentes en su aplicación y estableciendo reglas que el niño pueda cumplir.

TIPS:

- 1) Deben ser planteadas en sentido positivo.
- 2) Indicar lo que quiero que haga no lo que no quiero.
- 3) El niño debe repetir la regla para asegurarnos de que la entiende.

Se plantea al niño cual será la regla a seguir y cuales serán las consecuencias de su cumplimiento (consecuencias positivas) y cuales por no respetarla (consecuencias negativas).

Por Ejemplo: Horario para hacer tarea y premiar con media hora de televisión.

Pasos para el Establecimiento de Reglas

- 1) Acordar con el niño reglas claras para diferentes situaciones en las que estén teniendo problemas
- 2) Establecer claramente que ocurrirá si el niño cumple con una regla, así como, lo que ocurrirá si no cumple con ella.
- 3) Es importante emplear consecuencias inmediatas
- 4) Si el niño no está respetando una regla la madre o padre retirará un privilegio y le comentará que podrá recobrarlo si en la siguiente oportunidad que tenga de cumplir la regla, lo hace.

**¿Qué pasa si no se respetan las reglas?**

Si no se está cumpliendo la regla, se debe dar una *advertencia*, y si esto no funciona se empleará la *pérdida de privilegios*.

Advertencias

El dar una advertencia consiste en una sencilla instrucción que tiene como fin el detener una conducta inadecuada o bien iniciar una adecuada. Se indica de forma clara al niño que es lo que debe dejar de hacer y las consecuencias si no lo hace.

Forma de dar una advertencia:

- 1) Atraer la atención del niño, llamándolo por su nombre.
- 2) Indicar en forma clara y breve el comportamiento inadecuado y las consecuencias de este.
- 3) Usar vocabulario que le niño entienda y comprenda.
- 4) Emplear un tono de voz firme sin llegar a los gritos.
- 5) Nunca poner como ejemplo a otro miembro de la familia.
- 6) Si advierte a uno de sus hijos debe responder de igual manera con sus demás hijos.
- 7) Si el niño no suspende el comportamiento inadecuado, proceda a aplicar la sanción correspondiente para ese comportamiento (Pérdida de Privilegios).
- 8) Si el niño suspende el mal comportamiento, la madre lo elogiará haciéndole notar los beneficios de portarse bien.

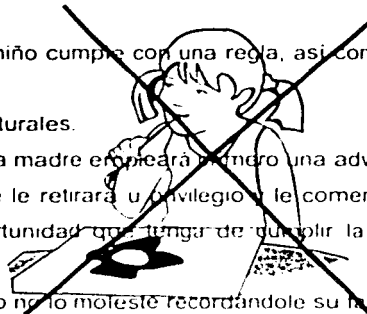
Pérdida de Privilegios

Es un procedimiento sencillo que le permite disminuir una conducta inadecuada del niño al retirarle lo que ganaría si su comportamiento fuera el adecuado. Se emplea cuando el niño no cumple con alguna regla previamente acordada con él.

Por Ejemplo: Si su hijo se rehúsa a hacer la tarea, usted puede retirarle un privilegio el que comúnmente tiene acceso cuando si hace la tarea, como por ejemplo ver la TV, salir a jugar, etc. El podrá tener acceso a este privilegio, cuando la siguiente oportunidad si cumple con la tarea.

Cómo emplear la Pérdida de Privilegios:

- 1) Acordar con el niño reglas claras para diferentes situaciones en las que estén teniendo problemas.
- 2) Establecer claramente que ocurrirá si el niño cumple con una regla, así como lo que ocurrirá si no cumple con ella.
- 3) Es importante emplear consecuencias naturales.
- 4) Si el niño no está respetando una regla, la madre empleará primero una advertencia.
- 5) Si el niño continúa con la falta, la madre le retirará un privilegio y le comentará que podrá recobrarlo si en la siguiente oportunidad que tenga de cumplir la regla, lo hace.
- 6) Una vez que el niño ya perdió su privilegio no lo moleste recordándole su falta.
- 7) Nunca retire un privilegio que el niño ya haya ganado al cumplir con alguna otra regla. Por Ejemplo: Si ya ganó una visita al parque por su comportamiento en la escuela, no es conveniente quitársela por que se negó a hacer la tarea, lo mejor es POSPONER la visita al parque hasta que cumpla con la regla de hacer la tarea.



Seguimiento Instruccional

Un gran problema es que a veces los niños no obedecen a las instrucciones que les damos, esto puede ser a que el niño no espera a que se le termine de dar la instrucción o bien que los padres den indicaciones confusas, demasiado largas o no esperan a que el niño la realice.

Instrucciones "alfa"

Los pasos que a continuación se presentan es la manera adecuada de dar una instrucción a nuestros hijos, siguiendo estos pasos les hablamos clara y objetivamente, comunicándoles específicamente que es lo que queremos que hagan.

La manera de hacerlo es la siguiente:

- 1) Obtener atención : Llamar al niño por su nombre logrando establecer contacto visual con el niño así como orientación corporal con el niño.
- 2) Instrucción clara : Debe ser breve, precisa y específica, sin ambigüedades, indicar lo que se espera que haga
- 3) Esperar 10 segundos : Una vez dada la instrucción se debe esperar este tiempo para permitir que el niño entienda que es lo que debe hacer.
- 4) Obedece a la primera instrucción elogiar : Si el niño realiza la instrucción la madre elogia con verbalizaciones de aprobación o alabanza incluyendo contacto físico, sonrisas, abrazos.

En el caso de que el niño no obedezca a esta primera instrucción el padre debe hacer lo siguiente:

- 1) Obtener atención : Llamar al niño por su nombre logrando establecer contacto visual con el niño así como orientación corporal con el niño.
- 2) Elevar el tono de voz : Hablarle firmemente sin llegar a gritar, con el propósito de que el niño identifique que se le está repitiendo la instrucción.
- 3) Repetir instrucción : Debe ser de nuevo breve, precisa y específica, sin ambigüedades, indicar lo que se espera que haga
- 4) Espera 10 segundos : Nuevamente se debe esperar este tiempo para permitir que el niño entienda que es lo que debe hacer.
- 5) No se elogia si obedece, debido a que debe obedecer a la primera instrucción.
- 6) Repetir instrucción e instigación física (guiar sin lastimar): En caso de que no obedezca se le guía para que realice la instrucción que se le dio.

Actividades Planeadas

Organizar actividades de interés para los niños en situaciones donde al estar aburridos o molestos, generan un problema de interacción. Muchas situaciones de interacción que resultan difíciles ocurren fuera de casa.

Situaciones de Riesgo

Situación en la que el niño no tiene una actividad que le resulte entretenida, interesante o divertida y es probable que se aburra y comience a desesperarse y a llorar. Se deben jerarquizar aquellas situaciones de mayor riesgo según cada niño, identificar que comportamientos inadecuados se presentan en cada situación y que es lo que ha hecho para controlar esa situación.

¿Qué debemos hacer?

- 1) Establecer reglas antes de realizar una actividad planeada.
- 2) Establecer las consecuencias tanto positivas como negativas si se cumple o no con la regla.
- 3) Empleo de advertencias, recompensas y pérdida de privilegios.

Contratos Conductuales

Es un acuerdo entre los miembros de la familia con el niño en el cual se establecen objetivos específicos y además se compromete a participar toda la familia, estableciendo las "cláusulas" y firmando de acuerdo. Su realización se lleva a cabo con niños de los 4 años en adelante.

Pasos para su establecimiento:

- 1) Definir clara y objetivamente la conducta (s) que se van a incluir en el contrato.
- 2) Establecer entre todos cual será la regla a seguir para cada conducta.
- 3) Acordar con el niño las reglas que se adoptarán en diferentes situaciones con relación a una conducta.
- 4) Establecer las recompensas (consecuencias positivas) que el niño obtendrá por seguir el acuerdo.



- 5) Establecer los castigos (consecuencias negativas o pérdida de privilegios) que se emplearán cuando no se cumpla con la regla.
- 6) Se pueden usar sellos, fichas, carteles, "escrituras", esto dependerá del niño y de la forma en como se desee llevar a cabo.

Solución de Problemas en Familia

En muchas ocasiones los problemas se originan no solamente con uno de los miembros de la familia si no con varios. Esta técnica se refiere a la búsqueda de una solución a un conflicto, en la que participan los miembros de la familia involucrados en el. Se le usa cuando dos o mas miembros del hogar están disgustados.

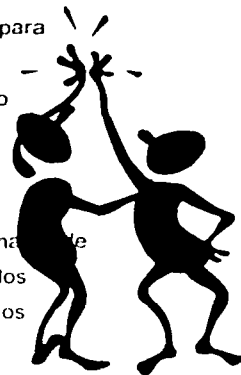
¿Cómo hacerlo?

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

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

Es importante que se reúnan todas las personas involucradas para evitar tomar decisiones que puedan crear desacuerdos entre los diferentes miembros de la familia, al hacer esto estamos promoviendo en que todos los miembros de la familia participen en la solución del problema y se evita echar la culpa a algún miembro en particular.

Finalmente debe tener en cuenta que su papel como padre y madre de familia es guiar a sus hijos, es decir, ustedes son los modelos que ellos seguirán así que dependiendo de cómo nos comportemos con ellos, los niños utilizarán esas habilidades con otros niños y adultos.



BIBLIOGRAFÍA

Ayala, V. H.; González, Q. J.; Fulgencio, J. M.; Téllez, S. G.; Barragán, T. N.; (1998). **Manual de Entrenamiento a Padres**. Editorial Miguel Ángel Porrua. Facultad de Psicología.

Fulgencio, J. M.; Chaparro, C. A.; Chiquini, H. Y.; Romero, G. G.; Téllez, S. G.; Barragán, T. N.; Ayala, V. H. (1998). **Manual de Entrenamiento a Terapeutas para el Manejo de Problemas de Desobediencia**. Editorial Miguel Ángel Porrua. Facultad de Psicología.

González, Q. J.; Téllez, S. G.; Fulgencio, J. M.; Chaparro, C. A.; Vargas, E.; Ayala, V. H. (1998). **Manual de Entrenamiento en Interacción: Registro de la Interacción y Aplicación del Programa**. Editorial Miguel Ángel Porrua. Facultad de Psicología.

ANEXO 4

SEGUIMIENTO INSTRUCCIONAL

Nombre del Padre _____ Fecha: _____

Nombre del niño _____ Edad: _____

Conducta del padre / madre	1	2	3	4	5	6	7	8	Resultados
Primera etapa									
Obtener atención									
Instrucción clara									
Esperar intervalo de 10"									
Elogio									
Segunda etapa									
Obtener atención									
Repetir instrucción									
Tono de voz									
Esperar intervalo de 10"									
Repetir instrucción e instigación física.									

ANEXO 5

REGISTRO DIARIO EN CASA

Nombre del padre _____

Nombre del niño _____ Semana _____

INSTRUCCIÓN	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO		
	1ª	2ª	No	1ª	2ª	No	1ª	2ª	No	1ª	2ª	No	1ª	2ª	No	1ª	2ª	No
1.																		
2.																		
3.																		
4.																		
5.																		
6.																		
7.																		
8.																		
9.																		
10.																		
11.																		
12.																		
13.																		
14.																		

ANEXO 6

REGISTRO ACC

Nombre del padre: _____ Nombre el niño: _____
Conducta: _____ Definición: _____
Periodo de observación _____

Fecha y hora	Antecedentes (lo que ocurrió antes)	Conducta (acciones específicas)	Consecuencias (ignoró, premió, castigó)	Lugar	Personas presentes

ANEXO 7

TALLER A PADRES

Nombre del padre: _____

Nombre del hijo: _____ No. Aciertos : _____

Fecha: _____

Instrucciones

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

ORACIONES	RESPUESTA	
	Si	No
1) Las recompensas son consecuencias positivas	Si	No
2) La conducta se refiere a lo que el profesor se imagina que le pasa al niño)	Si	No
3) Variar las recompensas es importante para su efectividad	Si	No
4) Cuando los padres den una recompensa, el niño se portará mal	Si	No
5) Cuando el niño se porta inadecuadamente, los padres deben de gritarle para que deje de hacerlo	Si	No
6) Los antecedentes son lo que pasa antes de la conducta.	Si	No
7) Un abrazo y un beso son recompensas sociales		
8) Una recompensa es llevar al niño al parque	Si	No
9) Se le pueden dar instrucciones al niño cuando él se encuentre en otro cuarto de la casa	Si	No
10) Es preferible evitar los elogios cuando se dan recompensas comestibles.	Si	No
11) Se llama consecuencias a lo que sucede antes de la conducta.	Si	No
12) Cuando mi hijo no obedece mi primera instrucción debo quedarme callado.	Si	No

13) Los padres deben dar la oportunidad de que el niño se porte bien después de cumplir su consecuencia negativa	Si	No
14) Ignorar implica retirar la atención cuando el niño se está portando bien.	Si	No
15) Las consecuencias negativas causan una disminución en la conducta problema.	Si	No
16) Controlar la influencia de otras personas se refiere a prohibirles que le hablen al niño.	Si	No
17) Se le debe sonreír al niño solo si el sonríe.	Si	No
18) Las reglas permiten establecer límites.	Si	No
19) Interactuar con los hijos significa: tocarlos , mirarlos, sonreírles y platicar con ellos	Si	No
21) Ser consistentes e inmediatos, son reglas para el uso de recompensas	Si	No
22) Cuando le doy una instrucción a mi hijo debo apresurarlo para que me obedezca	Si	No
23) Cuando estoy con mi hijo haciendo la tarea y se equivoca, debo regañarlo	Si	No
24) Las consecuencias negativas sirven para desahogar el enojo de los padres.	Si	No
25) Cuando mi hijo desobedece a mi segunda instrucción, debo castigarlo.	Si	No
26) Gritar es una conducta apropiada para interactuar con los niños.	Si	No
27) Cuando estoy con mi hijo haciendo la tarea y se equivoca, debo corregirlo.	Si	No
28) Para resolver un problema deben estar presentes todas las personas involucradas en él.	Si	No
29) Mi hijo debe obedecer a la primera instrucción que le doy.	Si	No

30) La pérdida de privilegios se aplica desde que el niño comienza a portarse inadecuadamente.	Si	No
31) Un ejemplo correcto sobre como establecer una regla es "No te levantes cuando estés comiendo"	Si	No
32) Al jugar, se debe permanecer cerca del niño pero sin tocarlo.	Si	No
33) Las reglas establecidas funcionan aún cuando los padres las cumplen algunas veces	Si	No
34) Una advertencia sirve para iniciar una conducta adecuada.	Si	No
35) Si mi hijo no obedece a la primera instrucción debo instigarlo.	Si	No
36) Antes de emplear la pérdida de privilegios se deben dar cinco advertencias.	Si	No
37) Dentro de la familia, cuando una persona tiene problemas es la que propone las posibles soluciones	Si	No
38) Cuando mi hijo obedece a la primera instrucción, debo elogiarlo	Si	No
39) Los problemas se deben solucionar en el momento en que estamos discutiendo	Si	No
40) Cuando estoy con mi hijo haciendo la tarea y el se niega a hacerla debo instigarlo, ignorando sus protestas.	Si	No

Gracias por su colaboración.

ANEXO 8

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DE LOS PADRES

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

Indique marcando un número el grado de acuerdo o desacuerdo que presenta con cada una de las oraciones.

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

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

2. El entrenamiento me sirvió para conocer mejores formas de relacionarme con mi hijo.

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

3. El tiempo que se utilizó por sesión fue suficiente

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

4. Puedo poner en práctica lo que aprendí con mi (s) hijo (s)

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

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

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

6. He podido cambiar el comportamiento de mi (s) hijo (s) con el entrenamiento que recibí.

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

7. Las dudas que tenía fueron aclaradas oportunamente, clara y precisamente por las terapeutas

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

8. Los terapeutas mostraron interés por ayudarnos.

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

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

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

10. Recomendaría a otros padres que recibieran este entrenamiento.

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

11. Me siento capaz de transmitir a otras personas las habilidades que aprendí en el Taller.

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

12. Las soluciones que me fueron sugeridas se adecuan a la situación del hogar.

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

Gracias por su colaboración.