

01985
2



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

DESARROLLO Y EVALUACION DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA FAMILIAS CON PROBLEMÁTICA DE
VIOLENCIA FAMILIAR EN UNA COMUNIDAD RURAL.

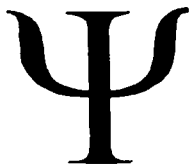
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

GEORGINA CÁRDENAS LÓPEZ

TUTORA: DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMÁN
COMITÉ TUTORAL: DR. ALBERT RAMÍREZ
DR. FLORENTE LÓPEZ RODRÍGUEZ
DRA. GILDA GÓMEZ PÉREZ-MITRE
DRA. FÁTIMA FLORES PALACIOS
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
DR. LEÓN GARDUÑO ESTRADA



CIUDAD UNIVERSITARIA, 2003



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PAGINACION

DISCONTINUA

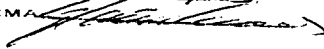
A mi hija:

Andrea Kline.

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

NOMBRE: Maria Guadalupe
Andrés López

FECHA: 23/06/03

FIRMA: 

ÍNDICE

Prefacio.....	v
Agradecimientos.....	vi
Resumen.....	1
Abstract	2
CAPÍTULO UNO: RELEVANCIA SOCIAL DE LA VIOLENCIA FAMILIAR	3
CAPÍTULO DOS: EL ESTUDIO DE LA VIOLENCIA FAMILIAR.....	6
2.1 Patrones culturales de la violencia.....	6
2.2. Mecanismos neurobiológicos de la conducta agresiva y antisocial.....	8
2.3 El enfoque del Aprendizaje Social.....	11
CAPÍTULO TRES: PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN.....	15
3.1 Modelo de competencia-afrentamiento.....	17
CAPÍTULO CUATRO: ESTUDIO PILOTO.....	21
4.1 Método.....	21
4.2 Resultados.....	24
4.3 Conclusiones.....	28
CAPÍTULO CINCO: MÉTODO.....	29
5.1 Escenario y participantes.....	29
5.2 Preguntas de investigación.....	31
5.3 Variables.....	31
5.4 Instrumentos de medición.....	32
5.5 Procedimiento.....	33

5.6	Diseño de Investigación	34
5.7	Análisis de datos	35
CAPÍTULO SEIS: RESULTADOS.....		36
5.1	Evaluación de la Intervención.....	36
5.2	Validación social de resultados.....	54
CAPÍTULO SIETE: DISCUSIÓN.....		56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		62
ANEXOS.....		72
Anexo 1	Manual de procedimientos.PAPS.....	72
Anexo 2	Pláticas informativas.....	105
Anexo 3	Proceso de evaluación.....	110
Anexo 3.1.	Inventario de salud, estilos de vida y comportamiento.....	113
Anexo 3.2	Auto informe.....	135
Anexo 3.3	Acuerdo de servicios voluntarios.....	141
Anexo 4	Viñetas.....	143



PREFACIO

La literatura en el campo, señala que así como reciente es la investigación sobre violencia familiar en países desarrollados, es aún más nueva e incipiente en aquellos países en los que no se reconoce como problema social, o bien, en otros donde se tiene que competir con problemas prioritarios de salud pública que se presentan en la sociedad, como son el abuso de alcohol, desnutrición y enfermedades infecciosas. Tal es el caso de México y algunos otros países de Latinoamérica, Asia y África.

Lo más importante que ha ocurrido en las dos últimas décadas en el campo de la violencia familiar es que está cambiando la noción de violencia familiar y violencia en las calles como entidades separadas. Existe un acuerdo creciente entre los expertos en considerarlas como interconectadas y se ha documentado este solapamiento.

En México, en donde apenas se están iniciando esfuerzos sistemáticos para el reconocimiento social e intervención en esta problemática, se propone el desarrollo y evaluación de intervenciones dirigidas a comunidades rurales, segmento de la población donde todavía no se ubican los esfuerzos para atender esta problemática, ya que los índices de violencia familiar continúan incrementándose.

Es con base en estas premisas que se realizó el presente trabajo que se propuso evaluar variables relevantes en la instrumentación de un programa de intervención cognitivo conductual para víctimas de maltrato doméstico, residentes de una comunidad rural, en el estado de Hidalgo.

El informe de investigación del estudio quedó estructurado de la siguiente manera. En el capítulo I se presenta información acerca de la incidencia de esta problemática a nivel internacional y nacional, así como sus consecuencias en términos de salud pública, costos sociales y costos monetarios. En el segundo capítulo se hace una revisión de la literatura en el estudio de la violencia familiar, desde la perspectiva del aprendizaje social, los fundamentos biológicos, y el contexto social. El capítulo III, revisa la efectividad de los programas de intervención para el tratamiento de esta problemática. En el capítulo cuatro se describen los resultados y método utilizado en el estudio piloto que antecede esta investigación. El capítulo V describe el método utilizado para la realización del estudio, describiendo características de la muestra, instrumentos de evaluación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

seleccionados, el diseño y la descripción de los componentes programáticos. El capítulo VI muestra los resultados obtenidos de la evaluación en las diferentes fases de intervención del programa, factores psicológicos asociados, así como de la utilidad y satisfacción del usuario y, en el capítulo VII, se discuten los hallazgos derivados del estudio y se contrastan con lo informado por otros autores que han realizado investigaciones afines. Finalmente, los instrumentos de evaluación utilizados en el estudio se insertan en la sección de anexos, así como también un manual de procedimientos dirigido a psicólogos para la aplicación del programa de intervención evaluado en este estudio.

AGRADECIMIENTOS

Referirse a mi origen y destino profesional, es hablar de la UNAM, la casa de estudios que me formó como profesional, docente e investigador con los mejores estándares de excelencia académica a quien agradezco primeramente, así como también al apoyo sistemático y sostenido del CONACYT, durante este periodo de entrenamiento.

Son numerosas las personas e instituciones a las que debo agradecer por su ayuda, aliento y comprensión para llevar a cabo este proyecto. Agradezco especialmente a Laura Hernández Guzmán y Albert Ramírez por guiarme y apoyarme desde el inicio de este ciclo de formación, cuando realicé mi estancia predoctoral en la Universidad de Colorado en Boulder, que representa un estadio muy importante en la consecución de este logro académico y en mi desarrollo personal.

La tutoría ampliamente reconocida como una tarea académica y una relación cotidiana de alto nivel con el doctorando, se realizó de la más espléndida manera por Laura Hernández Guzmán a quien expreso mi respeto, admiración y amistad.

También quiero agradecer a diversos investigadores de la Facultad de Psicología de la UNAM, que me proporcionaron consejo experto, asesoría y apoyo coparticipante, que incluyen a: Florente López, Ariel Vite, Fátima Flores, Gilda Gómez, Samuel Jurado y León Garduño de la Universidad de las Américas en Puebla. A otros académicos como Concepción Conde y Francisca Cruz. por compartir las experiencias obtenidas con la aplicación de programas psicológicos en los estados de Chiapas e Hidalgo y por orientar al equipo de psicólogos sobre técnicas de penetración en comunidades rurales. Especialmente a los estudiantes de psicología que participaron en el proyecto con gran dedicación y compromiso: Ivonne Tecuzcano Piña, Elia Olivares Cantú, Maribel Solano Melo, Alejandra Enciso,

Yolanda García Amezola, Miriam Bernal Ramírez, Selene Calixto, Martha Roncoso, Susana Paredes, Gabriela Bonilla, Virginia Meza, Pilar Cárdenas y Patricia Estrada.

Agradezco, a los siguientes académicos de la Universidad de Colorado: Evelyn Hu-Dehart, Elaine Blechman, Estevan Flores, Ernesto Arias, Elisa Facio, Salvador Rodríguez del Pino[†], Gary McClelland y Chick Judd que durante mi estancia académica, compartieron experiencias académicas relevantes, proporcionándome su apoyo y consejo experto. Al Chancellor Bynny por su cordial bienvenida al campus de Boulder y el apoyo sustantivo con "dinero semilla" para la iniciación de mi proyecto de investigación. De manera particular a Albert Ramírez, mi tutor externo, que desde mi estancia predoctoral hasta la conclusión de este ciclo de formación, me brindó el apoyo institucional, académico, y me permitió conocer su gran calidad humana y a su familia.

Agradezco, como algo necesario, a los AMACOS, por los orígenes, el devenir y lo que falta por hacer en el análisis conductual aplicado. Especialmente a Ariel, Angeles y Horacio por su amistad y solidaridad a lo largo de todos estos años. A Héctor Ayala[†] por sus enseñanzas y conducción en mis primeros años de investigación en el análisis conductual aplicado.

Finalmente, debo decir que este proyecto no se hubiese logrado sin el amor y el apoyo de mi familia, que tuvieron que tolerar mis largas sesiones en la computadora, que incansablemente me acompañaron y alentaron, en este esfuerzo que duró varios años, y que inició cuando en 1996 convencí a mi familia que nuestro destino astral era ir a Boulder por dos años. De manera muy especial dedico este trabajo que representa un gran logro personal a mis padres Margarita y Jorge por su comprensión y apoyo tenaz. A mi esposo Santiago por estar siempre ahí, apoyándome y celebrando mi progreso profesional.

Georgina Cárdenas López
Primavera 2003.

Resumen

El presente estudio tuvo como propósito someter a prueba la eficacia de un programa de intervención, para residentes víctimas de maltrato doméstico en una comunidad rural, que promoviera la adquisición de habilidades de afrontamiento pro social y estrategias de solución de conflicto. Para su evaluación, se invitó a 25 residentes del Municipio Mineral de la Reforma en el Estado de Hidalgo, que se detectó presentaban problemas de maltrato doméstico y aceptaron participar en el tratamiento.

Se asignaron los residentes a los tres grupos destinatarios de acuerdo a una tabla aleatoria: grupo experimental 1 (N=6) que recibió un programa de entrenamiento, grupo experimental 2 (N=10) que recibió tratamiento combinado (pláticas más entrenamiento) y grupo control en lista de espera (N=9) que recibió pláticas. El protocolo de evaluación incluyó los siguientes instrumentos de medición: Inventario Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC), auto informes semanales y el cuestionario de validación social del tratamiento recibido.

Los resultados señalan un cambio en las estrategias de solución utilizadas por los participantes después de las intervenciones. Se observa de manera consistente en los grupos experimentales, una disminución en el número de problemas con diversos miembros de la familia que se mantienen a través del tiempo. Con base en los hallazgos encontrados se hacen recomendaciones en relación con los métodos de intervención dirigidos al entrenamiento de estrategias de solución de conflicto familiar.

Abstract

The objective of this study was to evaluate the efficacy of an intervention program for residents who are victims of domestic violence in a rural community. The intervention program promote pro social coping skills and conflict solution strategies. 25 residents of the Municipio Mineral de la Reforma of the State of Hidalgo were invited to participate after they were detected presenting domestic violence problems and accepted to participate in the treatment.

The residents were assigned into three groups according to a random table: experimental group 1 (N=6) exposed to the coping strategies training program, experimental group 2 (N=10) exposed to a combined treatment (conferences and training) and the waiting list group (N=9) that received informational talks. The evaluation protocol included the application of the following assessment instruments: Health, Life styles and behavior Inventory (SEVIC), weekly self reports and a question sheet of social validation of the treatment received.

Results reveal decrement in the number of family conflicts informed by the residents after the interventions. Experimental subjects presented fewer problems with different members of their families. This effect was maintained over time. Recommendations based on these findings involve the policies concerning intervention strategies aimed at reducing family violence by training problem solving strategies.



CAPÍTULO UNO

RELEVANCIA SOCIAL DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

El observar las condiciones de violencia en las cuales viven un importante número de mujeres y niños es un paisaje dramático en el mundo actual. La violencia familiar es parte inherente de casi todas las sociedades alrededor del mundo.

Las estadísticas disponibles a nivel mundial indican que cada año en los Estados Unidos, 4000 mujeres son golpeadas hasta la muerte por su pareja. En Africa, Asia y otros países, las niñas y adolescentes enfrentan distintos tipos de violencia, como quemarlas, desfigurarlas con ácido o mutilarlas. En Canadá, 25% de las mujeres han experimentado abuso físico por parte de su pareja, mientras que en Suecia una mujer es golpeada a muerte cada 10 días (Curtis, 2000).

En México, aunque no existen datos que permitan cuantificar la violencia familiar a nivel nacional, se cuenta con información de distintas fuentes. Asimismo en nuestro país, al igual que en el resto del mundo, la mujer es la más agredida. De cada 10 casos de violencia familiar en adultos, se calcula que ocho ocurren en mujeres. Además, se informa que aproximadamente el 50% de los casos de parto prematuro y el 15% de mujeres con antecedentes de aborto, refieren violencia (Gómez, 2002).

Una encuesta reciente en el Distrito Federal realizada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, muestra que la violencia familiar tiene lugar en el 30.4% de todos los hogares en la forma de maltrato emocional, intimidación o abuso físico o sexual. Sólo 14.4% de estos hogares buscan alguna clase de ayuda, a pesar de que el 72.2% espera que se repita la violencia (UNICEF, 2001).

En contraste, la comisión nacional de derechos humanos estima que aproximadamente en el 60 por ciento de los hogares se experimenta algún tipo de violencia familiar, pero solo del 10 al 15 por ciento de las agresiones reales son denunciadas (Gómez, 2002).

Entre las denuncias realizadas al Sistema de unidades de atención a la violencia intrafamiliar (UAVIF), de las 3,060 mujeres que asistieron durante un año, todas manifestaron maltrato psicoemocional, el 84% se quejó de maltrato físico, 63% denunció maltrato sexual y 14% de ellas refirieron violación conyugal. No obstante, de los 129 hombres que fueron agredidos por su pareja, 99% denunció maltrato psicoemocional, principalmente insultos; 67% informó maltrato físico y 31% dijo ser víctima de maltrato sexual (Chavarria, 2000).

En relación a las estadísticas de la incidencia y prevalencia de esta problemática en zonas rurales, comparadas con zonas urbanas, se carece de información sobre la violencia familiar. Ramírez y Uribe (1993) realizaron una investigación transversal en el estado de Jalisco con el propósito de determinar la frecuencia y distribución en población rural y urbana. Los resultados indican que: a) el 44% de las familias de zonas rurales y 56.7% de zonas urbanas, sufrieron algún tipo de violencia, y b) el principal agresor fue el esposo en más del 60% de los casos en ambas poblaciones y c) las principales diferencias estadísticamente significativas se encontraron relacionadas con la escolaridad, edad y tamaño de la familia.

En el Estado de Morelos, se realizó una investigación (Valdez & Sanin, 1996) cuyo principal hallazgo fue que las mujeres víctimas de violencia durante el embarazo, tienen tres veces más complicaciones durante el parto y post parto. Además, los recién nacidos de madres maltratadas pesan 560 grs. menos que aquellos cuyas madres no fueron objeto de agresión.

La violencia familiar, casi siempre, tiene resultados adversos para las víctimas y los gastos en los que se incurre son diversos. Para la víctima, los costos monetarios incluyen en muchas ocasiones gastos médicos y baja productividad en el trabajo, la casa y/o la escuela; aunados a los costos no monetarios, como por ejemplo: el dolor y el sufrimiento experimentados y el deterioro en su calidad de vida. Asimismo habría que considerar el impacto de las situaciones traumáticas derivadas de este tipo de violencia que pudieran reflejarse en la agudización y cronicidad de los trastornos afectivos y emotivos que son propios de las personas que se encuentran inmersas en esta dinámica, independientemente del papel activo o pasivo que les corresponda jugar en la diada relacional.

Asimismo, habrá que considerar el impacto que dicha dinámica ejerce en los ámbitos relacionados con la autoestima y la auto percepción de la integridad como personalidad de los distintos miembros de la familia, aspecto que se puede reflejar en el bajo rendimiento académico de los hijos, en el deterioro de las relaciones sociales, en los escenarios de trabajo de cada uno de los cónyuges y en el trastocamiento de los valores sociales y morales que rigen las relaciones entre los individuos. Los costos sociales incluyen: los servicios encargados del cuidado de la

salud y los programas de atención a víctimas; así como los costos de gestión judicial y de procuración de justicia de las víctimas y los victimarios.

De acuerdo con Curtis (2000), las encuestas que se han realizado a nivel mundial revelan que existe una gran carencia de recursos humanos y financieros disponibles que permitan tratar el problema efectivamente. Adicionalmente, existe una falta de coordinación entre los servicios los servicios que se ofrecen y las necesidades de las víctimas y testigos de violencia familiar. Las encuestas también revelan que los esfuerzos de intervención se han enfocado más a tratar la problemática que en prevenirla.

Pocos pueden refutar el hecho de que la violencia familiar es un problema social. Sin embargo, es importante reconocer que pasó mucho tiempo antes de que esta condición fuera reconocida como tal. La perspectiva de que los problemas se construyen socialmente, mantiene que las reacciones de la sociedad son fundamentales en el proceso de redefinición de una condición social como un problema social (Spector & Kitsuse, 1977). Estas reacciones incluyen todas las maneras en que los miembros de una sociedad responden a las condiciones sociales.

Mientras que en algunas culturas, se han adoptado tipos distintos de actitudes que han generado un menor abuso en la pareja, como por ejemplo, una mayor igualdad en el trato y un aumento de oportunidades para que las mujeres tengan acceso a la educación. En otras que han adoptado como norma la dependencia económica y restricciones para que la mujer pueda incluso pedir el divorcio, los índices de violencia familiar han aumentado (Holloway, 1994; Levinson, 1988). En contraste, en muchas otras culturas el problema de la violencia familiar todavía no se ha reconocido como un problema prioritario.

La literatura en el campo señala que así como reciente es la investigación sobre violencia familiar en países desarrollados, es aún más nueva e incipiente en aquellos países en los que no se reconoce como problema social, o bien, en aquellos donde se tiene que competir con otros problemas prioritarios de salud pública que se presentan en la sociedad, como son el abuso de alcohol, desnutrición y enfermedades infecciosas, como es el caso de México y algunos otros países de Latinoamérica, Asia y África.

La violencia familiar es un tópico que ha llamado la atención y promovido el estudio de diversos sectores de la sociedad. Un número importante de investigadores y profesionistas de diversas disciplinas, así como grupos de activistas, han unido sus esfuerzos y agendas para encontrar soluciones. Han dejado atrás el conocido encasillamiento propio de cada disciplina que a lo largo del tiempo ha impedido que se tenga una perspectiva integral de la violencia familiar.



CAPÍTULO DOS

EL ESTUDIO DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

Lo más importante que ha ocurrido en las dos últimas décadas en el campo de la violencia familiar, es que está cambiando la noción de la violencia familiar y violencia en las calles como entidades separadas. Existe un acuerdo creciente entre los expertos en considerarlas como interconectadas y se ha documentado este solapamiento. Diversos autores han sugerido que los hombres que son violentos en casa tienen una alta probabilidad de ser también violentos afuera de ella (Hotaling, Straus, & Lincoln, 1990; Shields, McCall & Hanneke, 1988). En otro estudio comparativo entre jóvenes delincuentes y no delincuentes, Miller (1989) encontró que la historia de violencia familiar constituyó la diferencia más significativa entre los dos grupos que conformaron la muestra.

Dos vertientes representan actualmente el abordaje del problema. Las macroteorías (Vg. patriarcado, subcultura de la violencia, aceptación cultural, análisis feminista) que tienen como tarea identificar los factores estructurales que hacen a las familias estar más propensas a la violencia y de explicar como las fuerzas culturales son permisivas o la promueven. Las micro teorías se encargan de explicar la violencia familiar a partir de conductas específicas de los individuos. Dentro de esta vertiente encontramos enfoques biológicos y teorías subyacentes a los principios de aprendizaje, las diferencias individuales y de interacción social.

2.1. Patrones culturales de la violencia

Dentro de las macro teorías, la aceptación cultural de la violencia se explica como una gran variedad de condiciones sociales y culturales, permiten no solo que la violencia familiar forme parte de sus vidas, sino que en algunas sociedades sea aprobada culturalmente (Heath, Kruttschnitt, & Ward, 1986). En general, la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

violencia es ampliamente aceptada cuando se considera como algo "normativo" dentro de una cultura o subcultura.

Cuando nos preguntamos por qué algunas sociedades aceptan más que otras el abuso en la pareja y maltrato a los hijos, esto puede ser contestado en buena medida por el Modelo de Patrones Culturales de Levinson (1988), que explica como lo que parece ser abusivo en una cultura, puede no ser un problema en otras. El modelo incorpora cinco hipótesis derivadas de la perspectiva del Aprendizaje Social, para explicar la violencia familiar al través de diversas culturas:

- (1) la hipótesis de la subcultura de la violencia sugiere que la violencia es un patrón de conducta aprendida compartida por miembros de otros grupos que dentro de su sistema de valores alientan el uso de la violencia;
- (2) la hipótesis de la consistencia cultural indica que los valores culturales que aparentemente parecen no estar relacionados con la violencia doméstica, pueden crear normas familiares que conducen y perpetúan la violencia entre los miembros de la familia;
- (3) la hipótesis del proceso de socialización en familias violentas sugiere que la violencia entre miembros de la familia es transmitida de una generación a otra, por individuos que han sido víctimas o testigos de violencia doméstica en sus hogares;
- (4) la hipótesis del desbordamiento cultural es la tendencia de la sociedad a aprobar el uso de la fuerza física para lograr fines socialmente aceptados, como por ejemplo: el empleo de medidas disciplinarias en las escuelas y control del crimen, indicando que entre más amplia es esta aceptación es más probable que se legitime y generalice a otras esferas, y
- (5) la hipótesis del patrón cultural que caracteriza al modelo general que sugiere que las sociedades son generalmente agresivas o pacíficas y que pueden exhibir pocos o muchos tipos de violencia.

Un buen número de estudios derivados a partir de este modelo apoya la noción de que existe una relación entre golpear a la pareja y otras formas de violencia. Por ejemplo, Pagelow (1984), concluye que el golpear a la mujer tiene una relación directa con intentos de suicidio o suicidios subsecuentes en mujeres golpeadas duramente. Otros estudios señalan que el golpear a la pareja esta asociado de manera consistente con el uso frecuente de violencia en otros ámbitos (Naroll, 1983). Estos datos fortalecen la suposición de que la violencia familiar puede conducir a cometer otros tipos de violencia y ha impactado de manera importante el enfoque de diversos estudios en esta línea de investigación.

2.2. Mecanismos neurobiológicos de la conducta agresiva y antisocial

La historia de la biología de la violencia es reciente, a pesar de que se ha señalado la necesidad de integrar los procesos: biológico, psicológico, y contextual, y la conducta antisocial. La indolencia para realizar esta integración, señalan Susman y Finkelstein (1998), se atribuye parcialmente a la suposición de la primacía de la biología como una influencia causal de la violencia. El desafío actual para los paradigmas modernos es explicar cómo esta integración ocurre a través de niveles genéticos, fisiológicos, psicológicos, y sociales para influir en el desarrollo de la conducta antisocial (Cairns & Stoff, 1996; Miles & Carey, 1997).

Los modelos actuales sobre conducta antisocial consideran influencias complejas entre los procesos biológicos, sociales, y contextuales (Cairns & Stoff, 1996). En particular, dos paradigmas reflejan los diferentes abordajes a la conducta antisocial. La investigación, biológicamente orientada se enfoca a conocer el papel de la evolución, genética, endocrinología y neurobiología. En contraste, la investigación conductual se preocupa por los procesos personales y el ambiente social.

La última década ha atestiguado la apreciación del papel de las influencias biológicas en el comportamiento antisocial. Entre los factores biológicos que se han encontrado asociados a la conducta antisocial están las influencias genéticas, las complicaciones pre y perinatales, las anomalías psicofisiológicas y las diferencias en el funcionamiento de los neurotransmisores (Morgan & Lilienfeld, 2000).

La violencia, agresividad y otras formas de conducta antisocial están definidas de diversas maneras en la literatura y se refieren a constructos más que a conductas específicas. Estos incluyen: conducta antisocial, conducta externalizada, transgredir reglas, conducta violenta, y conducta ilegal. En contraste, cuando la investigación se enfoca a los procesos biológicos, son el sistema neuroendocrino, neuroquímico y psicofisiológico, los términos referidos desde la perspectiva sistémica.

La conducta antisocial también se ha referido en términos de síndromes clínicos categóricos, que incluyen el diagnóstico del trastorno antisocial de la personalidad y de la conducta, así como la amplia constelación de la personalidad psicopática. Estos síndromes son caracterizados por comportamiento irresponsable crónico, indiferencia a los derechos de otros, pobres controles del comportamiento, y una inhabilidad para conformarse con las normas sociales (Morgan & Lilienfeld, 2000).

Las principales áreas de interés de investigación en este campo incluyen: la relación entre agresividad, sistema endocrino, excitabilidad y sistema nervioso central. La investigación neuroendocrinológica se ha centrado principalmente en la correlación entre niveles elevados de testosterona y conducta agresiva, sin embargo, la variabilidad de los resultados ha impedido derivar conclusiones sólidas. En otro estudio, Nelson y Chiavegatto (2001) concluyen que un sistema alterado de serotonina (5-TH) es la característica principal en la expresión del comportamiento agresivo.

Los esfuerzos actuales para vincular la disfunción focal del cerebro y la agresividad se han expandido al sistema límbico, incluyendo la corteza prefrontal. La investigación basada en resultados clínicos ha asociado la agresividad recurrente e impulsiva con la disfunción frontal del lóbulo, de acuerdo con la evidencia electroencefalográfica, y resultados morfométricos y funcionales del cerebro. Los daños cortical prefrontal, orbital y ventromedial se han relacionado específicamente con la emergencia del comportamiento antisocial con características similares a la personalidad psicopática (Brower & Price, 2000). Tales observaciones han conducido a hipótesis que postulan que la corteza orbitofrontal proporciona un sustrato fundamental para el aprendizaje social, necesario para regular impulsos agresivos.

El patrón de excitabilidad primaria en niños sugiere bajo funcionamiento autónomo y puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de conducta antisocial en una etapa ulterior (Kagan, 1998). Se ha sugerido una conexión fuerte entre excitabilidad fisiológica y agresividad. Se ha señalado que la relación es interactiva debido a que las conductas agresivas sólo ocurren en circunstancias específicas.

Actualmente existen excelentes revisiones de correlatos psicofisiológicos de conducta antisocial (Fowles, 1993; Raine, 1997; Repetti, Taylor & Seeman, 2002). Los resultados de estudios evaluados por electroencefalogramas, respuesta galvánica, y ritmo cardíaco, generalmente muestran un nivel de excitación característico en el individuo antisocial. En otro estudio, la tasa baja de ritmo cardíaco a la edad de 3 años predijo conducta antisocial a la edad de 11 años (Raine, Reynolds, Venables, & Mednick, 1997). La correspondencia entre los indicadores psicofisiológicos (ritmo cardíaco, respuesta galvánica de la piel) y la conducta antisocial permite observar en el electroencefalograma el funcionamiento del sistema nervioso autónomo y el cerebro.

El déficit en los procesos de atención también es un factor de riesgo que anuncia conducta antisocial y delictiva posterior. La revisión de la literatura sobre potenciales evocados indica que los individuos antisociales se caracterizan por un proceso de atención mejorado que procesa los eventos de interés (Raine, 1993). Los individuos con niveles bajos de excitación crónicos buscan eventos estimulantes para aumentar su excitación a niveles óptimos. La búsqueda de

estímulos enfoca su atención a eventos de interés, como situaciones peligrosas en donde la violencia está involucrada.

En este sentido, la teoría general de la criminalidad, desarrollada por Eysenck y Gudjonsson (1989), propone que la herencia de un sistema nervioso insensible con bajos niveles de estimulación, predispone a que un individuo se incline a participar en actividades de riesgo, saturadas de conducta antisocial, como son: el crimen, abuso de drogas y promiscuidad sexual lo que aumenta su excitabilidad.

Los estudios sobre el sistema nervioso central han sugerido que las alteraciones en el sistema límbico y el funcionamiento cortical, pueden desempeñar un papel importante en la conducta agresiva. La teoría de la disfunción prefrontal postula que el daño en el lóbulo frontal produce la excitación, orientación, y miedo anticipados que predisponen a la conducta antisocial (Linnoila, 1997; Raine, 1997).

Entre los modelos específicos más señalados en la literatura, se encuentra el modelo biosocial propuesto por Raine, Reynolds, Venables y Mednick (1997), que considera a los genes y los factores medioambientales como los determinantes próximos de los factores de riesgo y protectores, que actúan recíprocamente para producir resultados antisociales.

En la actualidad, los diferentes abordajes reconocen que las conductas violentas están determinadas simultáneamente por procesos del individuo y su ecología social. En particular, la perspectiva del desarrollo sobre los factores biológicos y la violencia propone que estos factores sólo pueden entenderse, si se considera la naturaleza dialéctica entre los procesos fisiológicos y psicológicos en interacción con los contextos medioambientales en donde los individuos se desarrollan (Cairns & Stoff, 1996).

Investigación reciente (Teicher, 2002) señala que la exposición al estrés en la primera etapa de la vida, como es el caso del abuso infantil, genera efectos moleculares y neurobiológicos que alteran irreversiblemente el desarrollo neuronal, lo que prepara al cerebro adulto a exhibir conducta adaptativa y a contender con los retos de la vida.

En esta misma línea de investigación, se realizaron una serie de estudios que muestran como las alteraciones en la reactividad simpática adrenomedular, reactividad hipotálmica adrenocortical y el funcionamiento serotogénico parecen ser resultado de la exposición a ambientes de familias bajo riesgo, caracterizadas por conflicto, enojo, agresividad y estilos de crianza deficientes.

De acuerdo con la literatura estas características crean un torrente de riesgos que inician en una etapa temprana del desarrollo. Las familias en riesgo,

establecen vulnerabilidades que interactúan con vulnerabilidades basadas genéticamente en sus descendientes. Por ejemplo, los datos de alteraciones en el funcionamiento simpático adrenomedular, proceden de estudios realizados principalmente con jóvenes bajo riesgo con enfermedades cardiovasculares, lo que sugiere la exacerbación potencial de vulnerabilidades pre-existentes (Repetti, et al., 2002). Asimismo, los descendientes de familias en riesgo también mostraron una productividad anormal de cortisol.

Específicamente las familias bajo riesgo crean deficiencias en sus niños para controlar y expresar sus emociones e incompetencia social, lo que conduce a disfunciones en el sistema de regulación endócrino y fisiológico que pueden tener efectos adversos acumulativos y a largo plazo. En particular, los datos señalan una alta reactividad emocional, deficiencia para comprender las emociones y emplear estrategias de afrontamiento apropiadas en respuesta a eventos estresantes.

El abuso físico parece tener efectos directos sobre la salud. Al fracasar el niño en su intento por alcanzar una respuesta fisiológica/neuroendócrina y conductual exitosa ante el estrés, estos efectos se exarcean y le impiden adquirir habilidades de autorregulación emocional y conductual.

Durante la adolescencia, los descendientes de familias en riesgo deben adaptarse a las consecuencias acumuladas de años viviendo en un ambiente familiar dañino y tienden a exhibir comportamientos que ponen en riesgo su salud. Además, se considera que en las familias que poseen características de riesgo, la exacerbación de un riesgo genético puede conducir al desarrollo rápido o al debilitamiento de un problema. En contraste, en las familias que carecen de estas características perniciosas, la expresión genética puede no presentarse o rezagarse (Repetti, et al., 2002).

2.3 El enfoque del Aprendizaje Social

El enfoque del aprendizaje social ha reemplazado en gran medida, explicaciones obsoletas sobre la violencia doméstica, tales como la del "impulso interno" y de la "liberación de la frustración" que guiaron en gran medida la investigación sobre agresividad humana durante las décadas de los años 60 y 70 (Goldstein & Segall, 1983).

Actualmente, la explicación aceptada más ampliamente en relación con el papel que desempeña la socialización en la etiología de la violencia, descansa en la teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1971). Esta explica cómo mediante el proceso de modelamiento, una persona aprende conductas y cogniciones. La observación e imitación de un modelo tiene lugar en un contexto social determinado.

Esta teoría que postula que los factores personales, el medio ambiente y la conducta son determinantes que se entrelazan, plantea que la violencia es un patrón de conducta adquirido socialmente en donde el aprendizaje del "observador" se fortalece mediante la observación de la recompensa y castigo a los que se expone el "modelo". Por ejemplo, si lo aplicamos a la observación de un episodio violento (Vg. un padre le pega a su hijo adolescente por contestarle irrespetuosamente) se ve reforzada en nuestro contexto social (Vg. el adolescente se calla). En consecuencia, la observación de esta interacción puede enseñar a los hermanos a ser abusivos.

El modelo sugiere que cuando los niños observan a su padre pegando a su madre, reciben el mensaje que ésta es una conducta normativa o aceptable, y aprenden que la violencia es una estrategia de resolución de conflicto válida (Bandura, 1973). Las explicaciones derivadas de los principios del aprendizaje revelan la importancia que tiene la socialización infantil en el desarrollo posterior de problemas legales relacionados con violencia familiar (Ohlin & Tonry, 1989).

La popularidad y aceptación que ha tenido esta perspectiva del Aprendizaje Social se debe en buena parte a la gran cantidad de estudios sobre transmisión intergeneracional (Hotaling & Sugarman, 1986; Rosenbaum & O'Leary, 1981b). La exposición a la violencia durante la infancia se ha relacionado, ya sea directamente o mediante la observación, con la comisión de actos violentos en la edad adulta.

A la fecha existe una cantidad considerable de datos derivados del enfoque del Aprendizaje Social que sugieren que el patrón intergeneracional puede explicarse con base en el modelamiento de conducta violenta que se presenta ante aquellas personas cercanas y significativas. Los registros etnográficos han apoyado también la teoría de transmisión intergeneracional los que mencionan como los hermanos mayores aprenden a cuidar a los menores e imitan los estilos de crianza de los padres.

Tres estudios realizados en relación con las pautas de violencia intergeneracional ilustran la influencia que tiene la victimización durante la infancia sobre la generación de individuos abusadores en la próxima generación. Primeramente, Straus, Gelles y Steinmetz (1980) encontraron que los hijos que han sido testigos directos de la violencia de los padres tienen una tasa de maltrato más grande que aquellos que no han estado expuestos a tales situaciones. Por su parte, Hotaling et al. (1990) investigaron como los niños víctimas de maltrato familiar tienen, en comparación con los niños que no han recibido maltrato, más probabilidad de convertirse en asaltantes, violadores e infractores fuera del ámbito familiar. En otro estudio, Straus (1994) encontró que entre mayor es la gravedad y frecuencia de la victimización, mayor es la probabilidad de incurrir en actos sociales violentos más graves y frecuentes.

En el área particular de la violencia en la pareja, algunos autores (Riggs & O'Leary, 1989) vinculan la observación de abuso entre los padres con la violencia hacia la pareja durante el cortejo. Otro estudio realizado por Barnett, Martínez & Bleustein (1995) postula que la exposición a la violencia durante la infancia fomenta el aprendizaje de estilos de interacción dependientes y de celos hacia la pareja.

Algunos estudios concuerdan con Bandura (1973), en el sentido de que la violencia observada en la infancia puede tener un efecto diferencial entre hombres y mujeres. Parece ser que este efecto es más directo en los hombres. Por ejemplo, en un estudio realizado con jóvenes testigos de violencia, los muchachos demostraron un alto nivel de problemas de conducta externalizada (por ejemplo, pelear, dañar a la propiedad ajena) y problemas internalizados (Vg.. aislamiento, ansiedad), así como la deficiencia en competencia social (por ejemplo, fracaso escolar, dificultades con sus pares), en comparación con muchachos provenientes de hogares no violentos. Las muchachas que observaron violencia, tienen más probabilidad de experimentar problemas internalizados relacionados con la ansiedad y la depresión, que externalizados.

En otros estudios realizados con parejas, MacEwen (1994) encontró que los factores predictores de niveles altos de agresividad durante el cortejo, dependen de: (a) la severidad y frecuencia de actos violencia en la familia, (b) el grado de identificación con los padres, (c) el género tanto del observador como del modelo, y (d) si las agresiones se observaron o experimentaron.

Asimismo, Barnett y La Violette (1993) señalan que los resultados derivados de su investigación de laboratorio acerca de los efectos de reforzamiento y castigo intermitentes pueden explicar como la conducta inconsistente del abusador mantiene la permanencia de la mujer maltratada en la relación de pareja.

De acuerdo con Barnett, Miller-Perrin y Perrin (1997), parecería razonable argumentar que la influencia de la familia es el determinante más próximo en los niveles de violencia, ya que se ha considerado como el agente de socialización más importante de la persona.

De la misma manera, Barnett y La Violette (1993) describen como la perseverancia del adulto que abusa puede referirse al aprendizaje durante su niñez de formas o técnicas específicas para la solución de conflictos mediante el uso de la violencia, así como actitudes y cogniciones que justifican su uso.

El uso de la violencia doméstica como estrategia de solución de conflictos está bastante extendida y son diversas las maneras en que se intenta resolver los conflictos interpersonales. Un estudio realizado por Rosenberg (1987) señala que

los niños que se desarrollan en un ambiente familiar violento, no han tenido oportunidad de aprender habilidades de asertividad y de solución de conflictos de manera adecuada, esto es, no violenta. En otro estudio (Kenning, Merchant & Tomkins, 1991) realizado con adultos abusadores, se relacionó positivamente la carencia de este tipo de habilidades con la incapacidad para controlar la ira.

La perspectiva del Aprendizaje Social ha sido el esquema conceptual más consistente y son numerosas las investigaciones que la han apoyado exitosamente. Es indicativo que en años recientes se han postulado estrategias particulares de acción, derivadas de esta perspectiva que actualmente se están evaluando.

Sin embargo, aún cuando desde la década de los sesenta existe información disponible acerca de la incidencia, prevalencia y causas de algunas formas de violencia familiar, es hasta recientemente que se han documentado esquemas sistemáticos de trabajo clínico para el tratamiento de violencia doméstica.



CAPÍTULO TRES

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

Con respecto a la intervención dentro de esta problemática, detener la violencia, está obviamente entre las prioridades de primera línea en la agenda de los programas de desarrollo de diversas instancias gubernamentales y organizaciones no gubernamentales. Sin embargo, el conocimiento de la efectividad de programas de tratamiento y la investigación realizada sobre niños testigos de violencia familiar es tan nuevo, que resulta relativamente inédito para algunos profesionales de la salud mental tomar los pasos apropiados para realizar intervenciones efectivas.

Diversos investigadores señalan que los programas de intervención deben enfocarse a aquellos grupos que aún no se exponen a situaciones en las que ocurren manifestaciones de violencia. Por ejemplo, Dishion, Patterson, Stoolmiller y Skinner (1991), señalan que pocos resultados pueden obtenerse de una intervención preventiva después de los 6 años de edad. En contraste, otros autores consideran que las intervenciones también son efectivas en etapas posteriores. Por ejemplo Rybarik, Dosch, Gilmore y Krajewski (1995) aplicaron un programa de entrenamiento en estrategias no-violentas para la solución de problemas a jóvenes de 13 a 18 años. En otro estudio Jaffe, Suderman, Reitzel y Killip (1992) documentaron cambios favorables en actitudes, conducta e intenciones de jóvenes de secundaria después de participar en un programa de prevención primaria. Entre sus conclusiones (Jaffe, Hastings & Reitzel 1992), recomiendan a las escuelas entrenar a su personal en la enseñanza de habilidades de solución de conflictos y a reconocer la conducta infantil resultante del abuso doméstico.

La mayoría de los programas de intervención de tipo preventivo, desarrollados y evaluados desde la década de los setenta, se enfocaron a la prevención de resultados adversos específicos. Estos programas han enfatizado la meta de la intervención para mitigar el resultado adverso en particular. Por ejemplo, las metas de intervención de algunos estudios realizados con jóvenes en riesgo, han sido: a) hijos del divorcio (Kliewer & Sandler, 1993;), b) bajo rendimiento académico (Blechman, Kotanchik & Taylor, 1981; Blechman, Taylor &

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Schrader, 1981), c) exposición a la violencia (Hausman, Spivak, Prothrow-Stith & Roeber, 1992), d) deserción escolar (Oakland, 1992), entre otros.

Como algunos investigadores señalan, se puede observar que la mayoría de los programas de intervención se han desarrollado para prevenir resultados adversos específicos, pero pocos se han dirigido a jóvenes vulnerables a una diversidad de resultados adversos interrelacionados (Jessor & Jessor, 1977).

En los últimos años, existe el consenso acerca de la necesidad de instrumentar programas de intervención universales que incluyan diferentes contextos del individuo, como son la escuela, el hogar y su grupo de pares. En un estudio realizado por Kazdin (1986), se combinaron dos tratamientos: a) entrenamiento a padres sobre manejo conductual y b) entrenamiento en habilidades de solución de problemas a los hijos. Los resultados señalan que el tratamiento combinado tuvo un efecto mayor sobre la conducta antisocial, que cuando se proporcionó cada programa de entrenamiento por separado.

Diversos estudios sugieren que un programa universal tiene el valor de intervenir simultáneamente en diversos resultados de vida adversos. Las correlaciones entre resultados de eventos de vida negativos, tales como: deserción escolar, abuso de sustancias, delincuencia y embarazo adolescente, señaladas por Gilchrist, Schinke y Maxwell (1987), proporcionan un fundamento empírico de la efectividad en la aplicación de este tipo de programas. Asimismo, Hawkins, Catalano y Miller (1992) demostraron como un programa de prevención integral dirigido a jóvenes en riesgo, decrementó significativamente su consumo de alcohol y la frecuencia de delitos en comparación con los grupos controles. Otro ejemplo de la aplicación de programas de prevención universales, es el estudio descrito por Weissberg et al. (1981), en el que entrenaron a niños de primaria en solución de problemas.

Se han evaluado también diferentes modalidades de tratamiento. En particular, el formato de grupo ha mostrado ser muy útil para tratar a personas expuestas a la violencia familiar medianamente grave a moderada. Para los niños que han experimentado episodios graves y repetidos, se recomienda intervención individual, además del tratamiento de grupo como complemento (Wilson, Cameron, Jaffe & Wolfe, 1981). Los tratamientos grupales son de gran valía ya que permiten a los niños aprender: que no están solos, que otros comparten este tipo de experiencias, y que pueden aprender nuevas estrategias de solución de conflicto. Dos estudios en particular (Alessi & Hearn, 1984; Jaffe, Wolfe, Wilson & Sluszczyck, 1986), señalan que los siguientes componentes son útiles para el tratamiento en grupo: identificar sentimientos, manejo del enojo, apoyo social, responsabilidad y alcances de la violencia.

3.1 Modelo de competencia-afrontamiento

Recientemente, se ha documentado la efectividad de los programas de intervención dirigidos al entrenamiento habilidades de afrontamiento y competencia prosocial (Blechman, 1990; Blechman & Culhane, 1993), que incluyen como metas de tratamiento: el reconocimiento y aceptación de retos, la identificación de eventos controlables e incontrolables, el aumento de la tolerancia a la frustración, la demora de la gratificación, la autocensura, así como el empleo de recursos y apoyo sociales.

El modelo más distintivo en esta línea de desarrollo, es el programa de Afrontamiento-Competencia, desarrollado por Blechman, Prinz, y Dumas (1995), que señalan dos influencias maleables directas sobre la agresividad persistente: la respuesta conductual y la exposición a retos. Este modelo organiza los numerosos correlatos que acompañan a un estilo de vida de alto riesgo, selecciona sólo los más representativos de este universo e identifica los mecanismos de influencia entre estos constructos. De acuerdo con la teoría de afrontamiento-competencia, las respuestas a los retos de vida actuales, determinan los resultados de vida y competencia futuros (Blechman, 1990; Blechman & Culhane, 1993). El mecanismo de acción central del modelo, involucra una respuesta conductual al reto medioambiental. A través de las respuestas a estos retos sucesivos, el joven moldea una estrategia de afrontamiento dominante, que resulta útil no sólo para continuar en una trayectoria de desarrollo determinada, sino también para salir de una trayectoria y entrar a otra.

Esta aproximación propone una intervención temprana (v.g. primer año de primaria), que continúa a lo largo de las transiciones vitales normativas (v.g. secundaria y preparatoria), proporcionando dosis repetidas de prevención. Sin embargo, la mayoría de los estudios documentados son intervenciones instrumentadas con jóvenes de secundaria y preparatoria que por primera vez recibían una intervención de este tipo (Blechman, 1992, 1996). Primordialmente, el programa de intervención propone inducir cambios en las habilidades de afrontamiento prosocial y cambios espontáneos en su competencia social.

Los estudios recientes han sometido a prueba este modelo con jóvenes en alto riesgo (Blechman, 1992, 1996., Prinz, Blechman & Dumas, 1994), señalan que a pesar de la exposición crónica de los jóvenes a la violencia, que los pone en riesgo, éstos lograron afrontar efectivamente los eventos de vida controlables e incontrolables que se les presentaron después del entrenamiento. Otros estudios realizados con jóvenes en riesgo (Caplan, et al., 1992) informan que el entrenamiento en solución de problemas redujo el consumo de alcohol y mejoró la competencia social de acuerdo con las calificaciones dadas por sus pares.

Posteriormente, el modelo se evaluó como un programa integral dirigido al adolescente en alto riesgo y su familia. En este estudio los adolescentes que presentaban problemas legales y/o comunitarios, eran canalizados por la corte juvenil del estado de Colorado, procedentes de diversos grupos étnicos: anglosajones, afroamericanos y latinoamericanos residentes en los Estados Unidos (Blechman, Mabry & Cárdenas, 1996). Para su aplicación, se le realizaron al programa adaptaciones de acuerdo con las características culturales y contextuales de cada grupo. La intervención consistió en ayudar a los jóvenes en alto riesgo a aprender habilidades de afrontamiento prosocial para resolver sus problemas en casa, escuela y comunidad, de tal manera que pudieran ayudarse a sí mismos y a otros. Esto les permitió maximizar sus oportunidades (V.g. terminar sus estudios, emplearse de tiempo completo, mantener relaciones de pareja satisfactorias) y minimizar los factores de riesgos, para evitar resultados adversos en la vida (V.g. expulsión de la escuela, arresto policial, embarazo adolescente, violencia familiar, indigencia). Los resultados señalan que las técnicas utilizadas fueron efectivas con un mínimo de modificaciones.

En México, el modelo de intervención se evaluó en un formato grupal entre pares, incorporándose componentes específicos que atendieron los factores contextuales de la población a la que se dirigió. El programa se enfocó a observar el ajuste conductual y relaciones familiares antes y después de la aplicación del programa de entrenamiento con énfasis en habilidades de afrontamiento pro social a 16 jóvenes con historia de calle.

Los resultados del estudio fueron exitosos al observarse que el programa tuvo efectos positivos disminuyendo los problemas académicos, familiares y personales de los participantes durante los periodos de intervención en un diseño de línea base múltiple. Sin embargo, la principal limitación del estudio fue que las dos medidas de seguimiento programadas no pudieron realizarse debido a la dificultad de conocer los destinos finales de los jóvenes.

También se observaron cambios importantes en el postratamiento respecto a medidas de ajuste conductual, habilidades de comunicación y afrontamiento pro social (Cárdenas, Estrada, Bonilla, Meza y Cárdenas, 2000). En cambio, la medida del ambiente familiar no resultó significativa, aun cuando en promedio los jóvenes lograron disminuir los problemas en su casa (Cárdenas, Hernández-Guzmán, Vite & Meza, 2003).

Los datos obtenidos muestran concordancia con el estudio realizado por Blechman, Mabry & Cárdenas (1996), en el sentido que también se disminuyeron los problemas de los participantes. Además se fortalece la noción de que la participación de los jóvenes en las sesiones de tratamiento permitió que éstos adquirieran y ensayaran exitosamente habilidades de comunicación pro social, como una estrategia efectiva de afrontamiento al estrés.

Los resultados de este programa de intervención han resultado promisorios en su aplicación con jóvenes con problemas legales, con historia de calle y sugiere la necesidad de poner a prueba el programa con otras problemáticas, que forman parte de la gama de eventos desfavorables de vida a los que un individuo está expuesto.

Resulta claro que el experimentar episodios de violencia familiar es, al igual que en otras problemáticas, un resultado de vida desfavorable, que requiere de habilidades de afrontamiento pro social para cambiar la trayectoria de vida actual. Los programas universales han documentado intervenciones efectivas para promover habilidades de afrontamiento pro social y fomentar el empleo de estrategias de solución de problemas sin violencia.

La alta incidencia de violencia familiar en comunidades rurales documentada anteriormente ha fomentado el empleo de programas sociales dirigidos fundamentalmente a mujeres víctimas de violencia familiar y niños que sufren maltrato infantil. Sin embargo, en estas acciones todavía no se reconoce ampliamente que los niños y jóvenes, expuestos a la violencia familiar, están no sólo en riesgo de ser víctimas y testigos de violencia, sino también de internalizar y externalizar problemas de conducta, tales como: desertar de la escuela, abusar del alcohol y/o las drogas y en algunos casos, llegar a delinquir.

En México, en donde apenas se están iniciando esfuerzos sistemáticos para el reconocimiento social e intervención en esta problemática, el análisis cuidadoso de intervenciones universales como la que este proyecto de investigación propone evaluar, revelarán variables importantes a considerar en el diseño de estrategias de intervención para víctimas y testigos de episodios de violencia familiar. Asimismo, se propone el desarrollo y evaluación de intervenciones dirigidas a comunidades rurales, segmento de la población donde todavía no se ubican los esfuerzos para atender esta problemática. Los índices de violencia familiar en esta población continúan incrementándose.

A partir de la mayor conciencia del problema que en nuestro país, en los últimos tres años se ha fomentado la cultura de la denuncia y se han implementado programas para atender la violencia familiar. Sin embargo de acuerdo con las unidades de atención a la violencia intrafamiliar, aún falta contrarrestar la incidencia de este problema, ya que en la ciudad de México cada 15 segundos una mujer recibe algún tipo de maltrato (Gómez, 2002).

Por ejemplo en 1999, con el propósito de erradicar de la vida cotidiana la violencia familiar, el ayuntamiento de Pachuca y el DIF municipal instrumentaron el "día municipal de vacunación contra la violencia intrafamiliar". Con esta jornada de dos días, se pretendió abarcar a 43 mil 207 estudiantes, a todo el personal docente, madres y padres de familia para que los participantes reflexionaran sobre

qué es la violencia intrafamiliar, aprendieran a detectarla, establecieran estrategias de sensibilización social para reconstruir la cultura de la violencia familiar, aprendieran a establecer sistemas de comunicación y enlace interinstitucional para detectar y canalizar a las familias con esta problemática. De acuerdo a sus organizadores, esta campaña de vacunación, "es un instrumento para atender de raíz una de las causas más graves de la desintegración familiar, que sin duda incide directamente en la descomposición social" (CIMAC, 1999). A la fecha, no existe un informe acerca del logro de objetivos establecidos en este programa de acción estatal y no se consideró la evaluación del programa por lo que se desconocen los resultados obtenidos de esta dispendiosa intervención.

De ahí que resulte de relevancia social el contar con programas de entrenamiento que intervengan sistemáticamente en el desarrollo de factores protectores para que las familias en comunidades rurales puedan utilizar sus recursos de competencia prosocial, de manera acorde a sus circunstancias.

Las habilidades de regulación conductual y competencia social son vitales para manejar situaciones que surgen en ambientes estresantes, como es el caso de los conflictos familiares. Si nos enfocamos a las características de las familias en riesgo, los resultados de la investigación respecto a muchos desordenes de salud mental, podrían proveer las bases para intervenciones tempranas que al menos puedan parcialmente disminuir el potencial de riesgo acumulado en la vida. Por ejemplo, las intervenciones familiares que reducen conflicto familiar, enojo e incrementan cohesión y comunicación con éxito han demostrado efectos benéficos para niños agresivos o diagnosticados con problemas de externalización (Kazdin, 1994; Serkeviortich & Dumas, 1996)

El testimonio de la violencia familiar parece tener efectos multifacéticos y de gran alcance en el desarrollo cognoscitivo, conductual, y emocional. Ningún modelo en la actualidad sirve para capturar todo los efectos reales y potenciales observados en la investigación y, sin embargo el programa de intervención propuesto plantea un modelo integral de los efectos de la violencia familiar e incorpora adecuadamente hallazgos de la investigación. Enfoca también sus esfuerzos al fortalecimiento de factores protectores durante la intervención.

De esta manera la presente investigación tiene como propósito fundamental, someter a prueba un programa de intervención cognitivo-conductual dirigido a residentes con problemática de violencia familiar de una comunidad rural. Para la consecución de este propósito se establecieron los siguientes dos objetivos específicos: Primero, realizar un estudio piloto para evaluar el programa de intervención propuesto con el propósito de familiarizarse con la aplicación del programa, y segundo, adaptar, instrumentar y evaluar un programa de intervención dirigido a residentes, víctimas de violencia familiar, en una comunidad rural.



CAPITULO CUATRO

ESTUDIO PILOTO

Con el propósito de pilotear el programa de intervención propuesto se llevó a cabo un estudio piloto. El programa se adaptó a formato grupal entre pares, incorporándose componentes específicos que atendieron los factores contextuales de la población a la que se dirigió. El programa se enfocó a promover la reducción de problemas escolares, familiares y personales de 16 jóvenes con historia de calle que participaron en el programa de entrenamiento dirigido a la enseñanza de habilidades de afrontamiento y de competencia pro social.

MÉTODO

Participantes

La muestra del estudio piloto quedó conformada por 16 participantes entre 14 y 19 años de edad, que ingresaron a la Fundación Mexicana Fray Bartolomé de las Casas por ser considerados por dicha Institución como adolescentes bajo alto riesgo, por su historia académica y disfunción familiar. Para la realización de este estudio la muestra fue extraída de los talleres de computación de dicha institución, en donde se hizo una invitación abierta para que los jóvenes acudieran voluntariamente.

Escenario

La investigación se llevó a cabo en la Fundación Mexicana Bartolomé de las Casas, A. C. que tiene como misión ayudar e impulsar a jóvenes con desventaja económica y/o familiar de la ciudad de México. Los jóvenes que asisten cuentan con una historia de vivir en la calle y proceden de instituciones, como por ejemplo casa Alianza. Dicha Fundación proporcionó dos cubículos para llevar a cabo el programa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Variables

Variable independiente: Aplicación del Programa de entrenamiento de habilidades de Afrontamiento Pro Social para adolescentes (PAPS). Basado en técnicas de comunicación y afrontamiento pro social.

Variables dependientes:

1. Frecuencia de problemas escolares definido como: quejas o reportes de problemas en relación a la conducta del joven recibidos por el personal de la escuela.
2. Frecuencia de problemas familiares definido como: Problemas de conducta de un joven que ocurren en la casa.
3. Frecuencia de problemas personales definido como: Problemas emocionales que el joven tiene con alguien o con él mismo.

Instrumentos de evaluación

- "Auto informe semanal" adaptado para el presente estudio del formato para "Entrevista inicial" (Blechman & Hall,1997), el cual explora problemas escolares, familiares y personales, así como preguntas relacionadas con el programa de intervención.
- Formato "Reporte de Clase", en el cual el profesor de la fundación evaluaba cada conducta escolar enlistada en dicho formato. Estas evaluaciones semanales proporcionaron los datos colaterales en relación con el tipo y frecuencia del problema(s). Únicamente se contó con información colateral en problemas escolares.
- Se seleccionó la Escala de Ambiente Familiar (FES) desarrollado por Moos (1974). Este Instrumento se centra en la medición y descripción de las relaciones interpersonales de los miembros de la familia, en dirección al desarrollo personal que hace énfasis en la familia y su estructura organizacional.
- El Cuestionario de Adaptación para Adolescentes CAPA-BELL, desarrollado por Bell (1963). El instrumento está conformado por 140 reactivos que se dirigen al conocimiento de la capacidad de adaptación del adolescente en los ámbitos: familiar, salud, social y emocional.

Diseño

Para este estudio se empleó el diseño experimental de línea base múltiple, en su variación de escenarios, el cual nos proporciona una clara observación del cambio conductual, al comparar la línea base de los comportamientos de un escenario que tienen tratamiento con aquellos escenarios que no están en tratamiento y posteriormente someter otro escenario a tratamiento, manteniendo la línea base de los restantes escenarios a los que se administró la intervención paulatinamente. De esta manera se cuenta con datos confiables del efecto del tratamiento, y no del efecto de una o más posibles variables extrañas (Barlow & Hersen 1988).

Procedimiento

El PAPS fue conducido durante 18 sesiones semanales en el transcurso de tres meses. Dos terapeutas trabajaron con dos grupos de 7 a 9 adolescentes. Las sesiones de tratamiento se enfocaron a resolver tres problemas generales, en este orden: problemas escolares, problemas en la casa y problemas personales.

Las primeras cuatro sesiones se enfocaron a que los adolescentes trabajaran en estrategias de solución de problemas en la fundación, particularmente en sus actividades académicas, el progreso obtenido en la adquisición de estas habilidades, les llevó a iniciar el trabajo terapéutico con el segundo problema en las siguientes cuatro sesiones y las sesiones restantes en estrategias de afrontamiento para la resolución de sus problemas personales.

La estructura de las sesiones se estableció de la siguiente manera: la duración de cada sesión fue de 90 a 120 minutos, todas las sesiones fueron conducidas empleando los cuatro componentes programáticos y un periodo de conclusiones. Cada sesión del PAPS presentó a los grupos, los componentes del programa en el mismo orden: ejercicio del descubrimiento, ejercicio de la reunión, ejercicio de las reglas establecidas, ejercicio del plan y conclusiones.

Los ejercicios que se llevaron a cabo en todas las sesiones de tratamiento se enfocaron a reducir problemas de inmediata solución y a promover que los jóvenes se involucraran en el proceso de adquisición y aplicación de habilidades de afrontamiento pro social. Por ejemplo, durante el ejercicio del descubrimiento los jóvenes revisaron las gráficas generadas por los datos obtenidos semanalmente de los autoinformes sobre los tres tipos de problemas. Durante las primeras sesiones se enfocaron a trabajar con el primer tipo de problemas (escolares), luego cambiaron al siguiente tipo de problemas (en la casa) y finalmente con problemas personales.

RESULTADOS

Con el propósito de conocer la efectividad del programa de entrenamiento en habilidades de afrontamiento y competencia pro social., se presentan los datos promedio de los participantes por sesión y por tipo de problemas durante las 18 sesiones de línea base y tratamiento en un diseño de línea base múltiple.

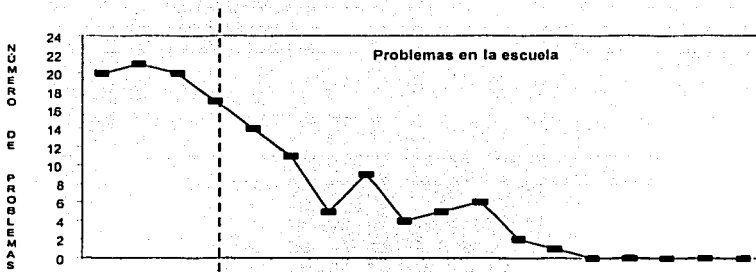
Como puede observarse en la gráfica 1, la ordenada representa el número de problemas escolares, familiares y personales de los participantes y en la abscisa se representan las sesiones empleadas en cada fase del estudio, los resultados indican que para los adolescentes participantes, el número de problemas en la escuela, disminuyó de 20 problemas en la escuela informados en la fase de línea base a 0 problemas en la última sesión de tratamiento. En promedio, los datos señalan que de 20 problemas en la escuela durante las tres sesiones de línea base se comprimió a 5 en promedio durante las quince sesiones restantes de tratamiento.

Con respecto a los problemas en la casa, los participantes informaron de 11 problemas antes de la intervención a 0 problemas familiares después de la intervención. En esta área durante ocho sesiones se evaluaron los problemas en casa que en promedio fue de 7 antes de iniciar la intervención, en la novena sesión se inició el tratamiento y al finalizar las restantes 7 sesiones el número promedio de problemas en casa disminuyó a 1.

Finalmente, en el área de problemas personales de 7 dificultades informadas en línea base se observa un decremento a 1 problema personal en la sesión décimo octava del tratamiento. Los datos promedio en esta áreas son para las trece sesiones de línea base de 6 a 2 problemas en promedio durante las cinco sesiones de tratamiento.

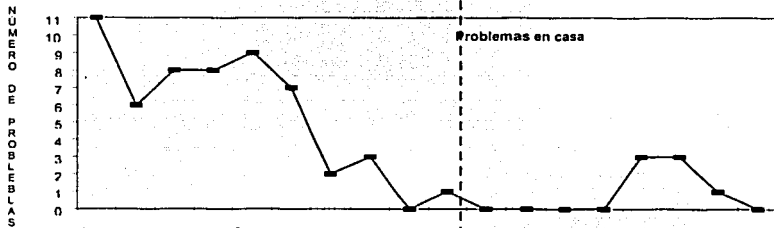
Figura 1. Número de problemas en la escuela, casa y personales en las fases de línea base y tratamiento.

línea base y tratamiento.



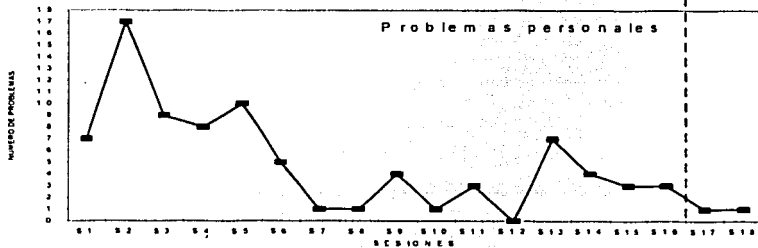
Línea Base

Tratamiento



Línea Base

Tratamiento



TRABAJO
FALLA DE CUMPLIMIENTO

Los resultados promedio obtenidos con base en la evaluación antes y después de la intervención con el cuestionario de adaptación para adolescentes, se presentan en la figura 2. por áreas: familiar, salud, social y emocional

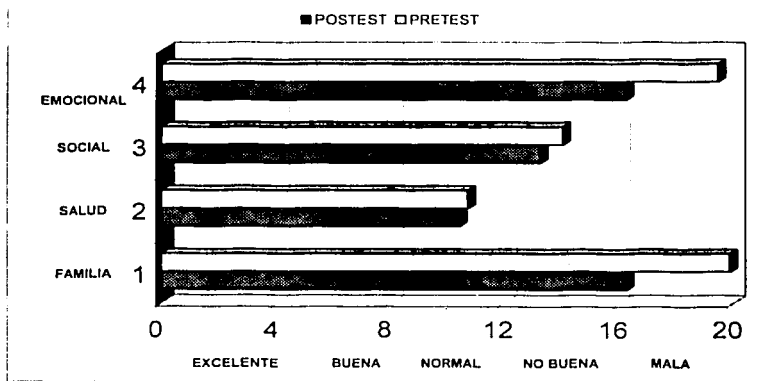
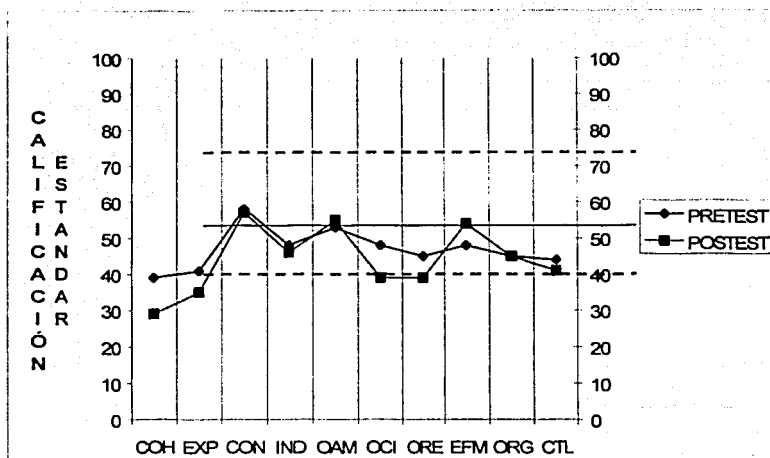


Figura 2. Puntajes promedio del Cuestionario de adaptación conductual en las escalas emocional, social, salud y familia antes y después de la intervención de los 16 adolescentes participantes en el programa.

Como se puede observar, el resultado global obtenido de todos los participantes de programa antes y después de la intervención en el área emocional indica un puntaje de 19.5 puntos en la pre-evaluación, y después de la intervención de 16.3 puntos. En el área social los participantes obtuvieron en la pre evaluación un puntaje de 14.1 puntos, y en la post evaluación fue de 13.3 puntos. Con respecto al área salud se observa en la pre evaluación un puntaje de 10.8 puntos, y en la post evaluación fue de 10.5 puntos. Finalmente en el área familiar los adolescentes obtuvieron en la pre evaluación un puntaje de 19.9 puntos, la cual en la post evaluación fue de 16.3 puntos. Los resultados indican que los puntajes en las diversas áreas no pasaron a un rango normativo del evaluado inicialmente antes de la intervención.

TESIS CON
FALLA DE CALIDAD

Finalmente, a continuación se presentan los resultados obtenidos de la aplicación de la Escala de Ambiente Familiar (FES) en las 10 dimensiones evaluadas por el instrumento de evaluación.



Gráfica 3. Puntuaciones promedio obtenidas por el grupo de adolescentes en la Escala de Ambiente Familiar en las dimensiones evaluadas.

Los resultados de la escala de ambiente familiar (FES) aplicado al grupo de adolescentes, en la evaluación inicial indican que las calificaciones estándar obtenidas en diferentes escalas evaluadas son: Cohesión (COH) 39, Expresividad (EXP) 41, Conflicto (CON) 58, Independencia (IND) 48, Orientación a Metas (OAM) 53, para Orientación Cultural Intelectual (OCI) 48, Orientación Recreacional (ORE) 45, énfasis en lo Moral Religioso (EFM) 48, Organización (ORG) 45 y para Control (CTL) 44. En la evaluación posterior, las calificaciones estándar que se observan para cada escala son: Cohesión (COH) 29, Expresividad (EXP) 35, Conflicto (CON) 57, Independencia (IND) 46, Orientación a Metas (OAM) 55, para Orientación Cultural Intelectual (OCI) 39, Orientación Recreacional (ORE) 39, énfasis en lo Moral y Religioso (EFM) 54, Organización (ORG) 45 y para Control (CTL) 41.

TESIS
FALLA DE ORIGEN

Conclusiones

Los resultados del estudio sugieren efectos positivos al disminuir los problemas escolares, familiares y personales de los participantes durante los periodos de intervención en un diseño de línea base múltiple.

Con respecto a la percepción subjetiva de la respuesta de adaptación del adolescente en las diferentes áreas los resultados indican que las cuatro áreas evaluadas antes de la intervención nos ilustran que los participantes del proyecto no se ubicaron en el rango normal a excepción del área de salud, siendo notables los cambios en la evaluación posterior en las áreas emocional y de la familia, las únicas dos dimensiones en donde se notan cambios de un rango a otro son en los puntajes de adaptación del rango *mala* adaptación al rango *no buena adaptación*.

En el mismo sentido, la medida del ambiente familiar no resultó en ninguna diferencia en las dimensiones evaluadas, las cuales se ubicaron en el rango normativo de la prueba con excepción de las escalas de cohesión y expresividad que se colocaron fuera del rango normativo después de la intervención.

La principal limitación del estudio fue que las dos medidas de seguimiento programadas no pudieron realizarse debido a la dificultad de conocer los destinos finales de los jóvenes, lo que plantea la necesidad de probar la eficacia del programa en otras poblaciones.

Los resultados de este programa de Intervención resultaron positivos en su aplicación con jóvenes con problemas legales, con historia de calle y sugiere la necesidad de poner a prueba la eficacia del programa con otras problemáticas.

Resulta claro que el experimentar episodios de violencia familiar es, al igual que en otras problemáticas, un resultado de vida desfavorable, que requiere de habilidades específicas para afrontar adecuadamente. Los programas universales han documentado intervenciones efectivas para promover habilidades de afrontamiento prosocial y fomentar el empleo de estrategias de solución de problemas sin violencia.



CAPÍTULO CINCO

MÉTODO

ESCENARIO Y PARTICIPANTES

Inicialmente se contactó a las autoridades de las oficinas del DIF del Municipio del Mineral de la Reforma en el Estado de Hidalgo, con el propósito de proponer la instrumentación de un programa de intervención temprana en residentes del municipio que presentaran problemas de violencia familiar. Dicho programa fue descrito por parte de los investigadores de la UNAM. Las instancias pertinentes aprobaron las características del programa, sus beneficios, duración y confidencialidad, así como el propósito de la investigación. Con base en los datos sobre denuncias de conflictos familiares con violencia que contaba el municipio, las autoridades propusieron la colonia Militar por ser la segunda del municipio con mayor incidencia en esta problemática.

El estudio se realizó en la comunidad rural de la colonia Militar del Municipio del Mineral de la Reforma en el Estado de Hidalgo. Se invitó a los residentes de esta comunidad a asistir voluntariamente a escuchar la descripción del Programa de orientación en conflictos familiares que se ofrecería a partir de la siguiente semana. Un grupo de siete psicólogos de la UNAM, aplicó a los residentes, oralmente o por escrito, el instrumento de evaluación en la cancha de básquet del municipio debido a que la comunidad no contaba con escuela. El tamaño de la muestra en el proceso de detección de conflictos familiares con violencia quedó conformado por 145 residentes del Municipio Mineral de la Reforma. Con las siguientes características: edad promedio de 31 años con un mínimo de edad de 13 años y edad máxima de 65 años, constituida por 24.5% de hombres y 75.5% de mujeres. El estado civil de los participantes quedó representado por 27% solteros, 41% casados, 19% en unión libre. La distribución respecto a la escolaridad se describe de la siguiente manera: 21.6% terminaron la secundaria, el 41.2% la primaria y el 21.6% no tenían escolaridad.

Con base en los criterios de inclusión (reactivos 53, 54, 55, 56, 57, 60, 61, 62 y 63 correspondientes a los factores de interacción familiar y agresividad del inventario SEVIC), se identificó a 46 residentes que informaron problemas de maltrato familiar y se procedió a invitarlos a participar en el programa de intervención. Posteriormente, 25 residentes del municipio aceptaron participar

voluntariamente en el programa de intervención. Se les explicó la duración, confidencialidad y dinámica del programa. El programa se llevó a cabo en dos cuartos, de una casa en construcción que la comunidad consiguió, acondicionados con huacales que se emplearon como sillas durante las sesiones de tratamiento. Finalmente los participantes se asignaron a tres grupos, de acuerdo a una tabla aleatoria.

Las características sociodemográficas del grupo que participó en el programa de intervención, estuvo conformada por 25 residentes con una edad promedio de 32 años, distribuida por rangos de edad de 15 a 20 años, el 29%; de 21 a 40 años, el 33% y de más de 40 años de edad, el 38%. El 92 % y 8% del sexo femenino y masculino respectivamente. El estado civil de la muestra se distribuyó de la siguiente manera, solteros el 21%, casados el 50%, unión libre el 8%, separados el 4% y viudos el 16%. Con respecto a la escolaridad, el 17% nunca fue a la escuela, el 42% cuenta con estudios de primaria, el 21% de secundaria, el 8% de comercio y el 12% estudios de bachillerato. El 88% de la muestra se calificó como clase trabajadora, 8 % como clase media y el 4% reciben ayuda de alguna institución para su mantenimiento. También informaron que el 96% profesan la religión católica y 4% el cristianismo. En relación a su vivienda el 4% vive con algún familiar, el 13% rentada y el 83% cuenta con casa propia, sin embargo el 46% considera que están muy amontonados.

La tabla 1 muestra edad, estado civil, escolaridad, sexo y número de participantes de los tres grupos que participaron en el programa de intervención.

	Grupo Exp. 1 N = 6	Grupo Exp. 2 N = 10	Grupo Control N = 9
Edad			
De 15 a 20 años		56%	22%
De 21 a 40 años	67%	33%	11%
Más de 40 años	33%	11%	67%
Estado civil			
Soltero(a)		44%	11%
Casada(o)	83%	45%	33%
Unión libre			22%
Separado(a)			11%
Viuda(o)	17%	11%	22%
Escolaridad			
Nunca fui a escuela	17%	11%	22%
Primaria	17%	56%	45%
Secundaria	33%	11%	22%

TESIS CON
FALLA DE CARGEN

bachillerato	33%	11%	11%
Sexo			
Masculino	17%		11%
femenino	83%	100%	89%

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Se presentan cambios en el número de problemas informados por los participantes con problemática de violencia familiar después de la intervención cognitivo conductual?

¿Se presentan cambios en el número de días sin conflicto familiar informados por los participantes con problemática de violencia familiar después de la intervención cognitivo conductual?

¿Se sostienen en el tiempo las conductas de solución de conflicto familiar aprendidas a través de la intervención cognitivo-conductual, un mes y seis meses después de concluida la intervención?

¿Se presentan cambios en la evaluación de factores de agresividad e interacción familiar de los participantes antes y un mes y seis meses después de la intervención cognitivo conductual?

¿Se presentan cambios en la distribución porcentual de respuestas de afrontamiento y comunicación familiar antes y un mes y seis meses después de la intervención cognitivo conductual?

¿Cuáles son los índices de validación social que alcanzan las intervenciones cognitivo-conductuales en una comunidad rural?

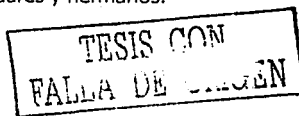
VARIABLES

Variables Independientes:

- Intervención X₁. Programa de entrenamiento en habilidades de afrontamiento pro social, PAPS (VerANEXO 1).
- Intervención X₂. Pláticas sobre violencia familiar (Ver ANEXO 2).

Variables dependientes:

- Frecuencia e intensidad de episodios violentos de conflictos familiares en su relación de pareja y entre hijos, padres y hermanos.



- Evaluación de los factores: interacción familiar, agresividad, afrontamiento y comunicación familiar.
- Datos de validación social de resultados

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Se estableció un procedimiento de evaluación de medidas múltiples (Ver ANEXO 3), para evaluar el impacto de los tratamientos debido a que un tratamiento en particular puede influir sobre las diferentes dimensiones del funcionamiento del participante. Se consideró conveniente conocer en qué medida los efectos del tratamiento mejoraban el funcionamiento del participante en el programa. Se incluyeron los siguientes instrumentos de medición:

- El Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC) desarrollado por Sánchez-Sosa y Hernández Guzmán (1992). Este se adaptado en sus opciones de respuesta (de 5 a 3 opciones) para población rural (Anexo 3.1). El instrumento se aplicó para todos los grupos, una semana antes de iniciar el programa y un mes después de concluir el programa de intervención. En la evaluación inicial se aplicaron dos secciones del inventario: una pequeña sección compuesta por 14 reactivos que recolectó información socioeconómica y la sección del inventario que recoge información sobre los estilos de vida, interacción o crianza del individuo en variables que incluyen la estructura familiar, y la calidad de la interacción individual y familiar, desde la infancia hasta el momento de la aplicación. En la evaluación de seguimiento se aplicaron los reactivos correspondientes a los factores de interacción familiar y agresividad, y los reactivos de respuestas de afrontamiento y comunicación familiar. La validación del instrumento arrojó un índice de acuerdo Interjueces superior al 90% y las alfas de Cronbach documentadas en una investigación transcultural realizada por Nieves (2000) señalan el .80 y .78 en la aplicación del instrumento para población francesa y mexicana respectivamente.
1. Los participantes entregaron autoinformes denominados "Tareas individuales" fueron entregados antes de cada sesión por los participantes de los diversos grupos a evaluadores independientes. En este formato se preguntaba la ocurrencia e intensidad de episodios violentos en conflictos familiares que se hubiesen presentado durante el período entre sesiones. Las tareas individuales se solicitaron a los grupos experimentales desde la primera sesión y se requirieron tres auto informes antes de iniciar el tratamiento. Para el grupo control en lista de espera, esta información se requirió desde el momento en que aceptaran participar en el programa hasta la sesión siete en que iniciaron tratamiento. Para todos los grupos se continuó recolectando las tareas durante el tratamiento y un mes después de concluido (Anexo 3.2).

2. Durante y al final del tratamiento, se solicitó a los participantes que proporcionarán indicadores acerca de la utilidad y validez del tratamiento recibido (Anexo 3.3).
3. Formato de consentimiento de participación en el proyecto (Anexo 3.4), de acuerdo a los lineamientos del código ético del psicólogo (SMP, 2002).

PROCEDIMIENTO

Con base en el acuerdo de colaboración, el apoyo del DIF Municipal consistió en llevar a cabo la difusión y vinculación con los líderes comunitarios, así como la entrega mediante rifas, de 36 despensas con productos básicos, que se rifaban entre la comunidad participante para motivar su asistencia. La UNAM elaboró el material de difusión, entrenamiento e instrumentó el programa. Ocho estudiantes de la licenciatura en Psicología, entrenados y supervisados en el manejo y conducción del programa, proporcionaron servicios psicológicos de evaluación y tratamiento durante el tiempo en que se llevó a cabo el programa en el municipio.

El equipo de psicólogos del Programa se trasladó al estado de Hidalgo para dar inicio a las actividades del programa con el apoyo del DIF local. Se invitó a la comunidad en general y a los asistentes de centros de salud del municipio a asistir a una plática sobre el Programa de Orientación para la solución de conflictos familiares que se ofrecería por parte de la UNAM.

De un total de 145 residentes que acudieron a la primera convocatoria, se invitó a participar a 46. De este grupo únicamente 28 residentes aceptaron participar en el programa y concluyeron el tratamiento 25 participantes. Los programas de intervención proporcionados a la comunidad se proporcionaron diariamente en el turno vespertino para dar oportunidad de participar a la mayoría de los residentes que terminaban sus labores después de las seis de la tarde.

El programa de intervención X₁, (PAPS) consistió en conducir cuatro sesiones del programa de entrenamiento que se enfocaron a fomentar entre los participantes el empleo de estrategias de solución de problemas familiares y respuestas de afrontamiento pro social.

Las sesiones tuvieron una duración de 60 a 90 minutos y su conducción empleó los cuatro componentes programáticos de entrenamiento del programa en habilidades de afrontamiento y comunicación pro social (ANEXO 1), en el mismo orden de presentación: ejercicio del descubrimiento, ejercicio de la reunión, ejercicio de las reglas establecidas, ejercicio del plan y conclusiones.

1. El ejercicio del descubrimiento abre la sesión y sirve para examinar los datos recolectados en relación con los problemas generados por conflictos familiares informados durante la semana y revisar el progreso que se ha tenido a la fecha.
2. El ejercicio de la reunión tiene la importante tarea de establecer rapport, no sólo entre la familia y el terapeuta, sino también entre los miembros de la familia que pueden podrían mantener una comunicación efectiva entre ellos.
3. El ejercicio de las reglas familiares "ritualiza" el manejo de la conducta y proporciona un esquema en el cual puedan apoyarse para crear, apegarse y fortalecer las reglas familiares.
4. El ejercicio del plan tiene el propósito primordial de reducir los problemas generados por los conflictos familiares y enseña a los participantes el empleo de las habilidades para la solución de problemas mediante la aplicación de reglas familiares genéricas a circunstancias específicas.

El diseño de los ejercicios del programa perseguía que los participantes aprendieran estrategias para reducir problemas inmediatos y ensayaran habilidades de afrontamiento y comunicación pro sociales. Por lo anterior, en cada sesión se presentó, a los grupos que recibieron este tipo de intervención, un problema tipificado en forma de viñeta en el mismo orden (ANEXO 4)

Una instructora condujo el programa de intervención X2 (Conferencias). Esta informó mediante dos conferencias de 60 minutos cada una, sobre los siguientes aspectos de la violencia familiar: tipos de maltrato, consecuencias, factores de riesgo y círculo del maltrato (ANEXO 2).

La primera medición de seguimiento se realizó para los tres grupos, un mes después de concluir las intervenciones y seis meses se aplicó la segunda medición de seguimiento. Ambas mediciones emplearon como instrumentos de evaluación el autoinforme semanal, los reactivos correspondientes a los factores de interacción familiar y agresividad, y los reactivos de respuestas de afrontamiento y comunicación familiar.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se utilizó el diseño experimental de caso único debido a que representa un avance sobre los estudios de caso pre-experimentales y porque uno de los rasgos de este tipo de diseños es que las variables dependientes se evalúan repetidamente en diversas fases del experimento (Bellack & Hersen, 1989). Los

diseños entre series es una de las distintas variantes de los diseños de un solo caso (Hayes, 1981). En particular, el diseño de tratamientos alternantes permite al investigador exponer al participante en diversas condiciones de tratamiento en periodos de tiempo iguales (Barlow & Hayes, 1979). Además permite que el investigador pueda establecer la alternancia de los tratamientos contrabalanceando o asignando al azar las diferentes fases de la investigación.

Con base en lo anterior, se asignó aleatoriamente a los participantes a dos grupos experimentales y a un grupo control en lista de espera. Una fase de línea base conformada por tres sesiones precedió a las intervenciones de los dos grupos experimentales. El grupo experimental 1 que recibió el programa PAPS. El grupo experimental 2 recibió tratamiento combinado mediante conferencias y el programa PAPS, finalmente el grupo control en lista de espera recibió conferencias después de siete sesiones de línea base.

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos de los auto informes semanales durante las sesiones de línea base y tratamiento(s) en relación al número de conflictos familiares con los diversos miembros de la familia se graficaron por grupo. El número de días sin conflicto familiar también fue graficado por grupo durante las sesiones correspondientes a las fases de línea base, intervención, seguimiento 1 y seguimiento 2.

La base de datos obtenida de la aplicación del SEVIC en la evaluación inicial se analizó con base en el puntaje promedio de los factores evaluados de los participantes por grupo. Los factores de agresividad e interacción familiar se graficaron con base en la medición inicial, seguimiento 1 y seguimiento 2, para contrastar visualmente los cambios en la distribución porcentual de las respuestas de los participantes por grupo.

Los resultados de los cambios en las respuestas de afrontamiento y comunicación familiar en las fases de evaluación inicial, primera y segunda mediciones de seguimiento se contrastan gráficamente para los tres grupos.

Finalmente, la distribución porcentual de todos los grupos participantes en el estudio se graficaron con base en los datos obtenidos de los auto informes sobre la ayuda y utilidad de los diversos programas de intervención.



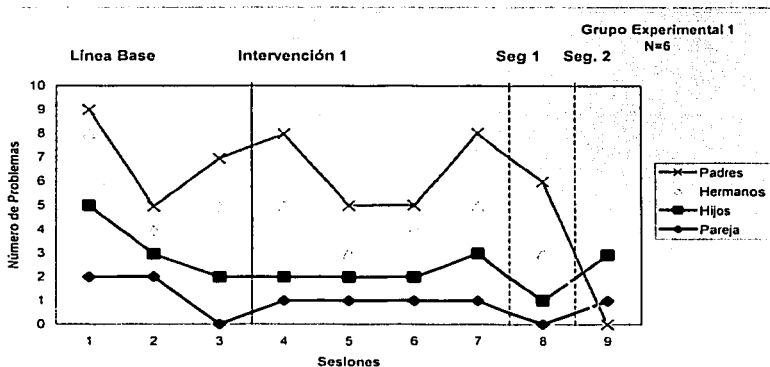
CAPÍTULO SEIS

RESULTADOS

Evaluación de la intervención

Primeramente, se el programa de intervención con base en los cambios observados en el número de problemas de conflicto familiar informados por los participantes a lo largo de la intervención cognitivo conductual. Los datos obtenidos de los auto informes se graficaron en el diseño experimental propuesto, indicando el número de problemas que el participante tuvo con cada miembro de su familia

Con el propósito de conocer si las conductas de solución de conflicto familiar aprendidas a través de la intervención cognitivo-conductual se sostienen en el tiempo, se programaron dos mediciones de seguimiento a un mes y seis meses después de concluida la intervención. Los resultados obtenidos se ilustran en un diseño experimental A B C para evaluar los cambios en relación con el tipo y frecuencia del problema(s) en las diferentes fases de la intervención para los grupos: experimental 1, experimental 2 y control en lista de espera.



TESIS CON
FALLA DE CARGEN

Figura 4. Número de problemas con los diversos miembros de la familia informados por los participantes del **grupo experimental 1** en las fases de: línea base, Intervención PAPS, seguimiento 1 y seguimiento 2.

En la figura 4, los cambios más notables en la suma del número de problemas con los diversos miembros de la familia se pueden observar con los hermanos, hijos y pareja. Los participantes del grupo experimental 1, informaron tener conflicto con sus hermanos, 6 veces en promedio durante las tres primeras sesiones durante la línea base que disminuyó a 3 problemas en la primera evaluación de seguimiento un mes después y a 0 seis meses después de concluida la intervención. En la relación con sus hijos informaron un decremento en el número de problemas de 5 antes de la intervención, 1 en el primer seguimiento y 3 en el segundo seguimiento; respecto a su pareja los cambios observados indican que el número de problemas durante la línea base fue de 2, de 0 en la primera evaluación de seguimiento y 1 en el segundo seguimiento. Finalmente, también se observa un decremento en el número de problemas con los padres donde se observa un decremento de 9 en línea base a 7 y finalmente a 0 problemas un mes y seis meses después de la intervención.

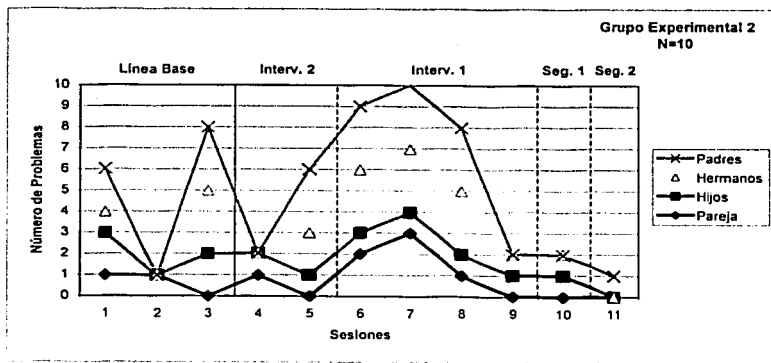
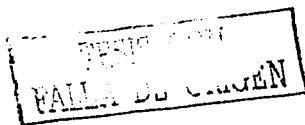


Figura 5. Suma del número de problemas con los diversos miembros de la familia informados por los participantes del **grupo experimental 2** en las fases de: línea base, Intervención PAPS, seguimiento 1 y seguimiento 2.



La figura 5 informa de los cambios observados para el grupo experimental 2, durante línea base, intervención 2, Intervención PAPS, seguimiento 1 y seguimiento 2. El cambio más notable se observa en la línea base que informa de 6 problemas con los *padres* que disminuyeron a 2 en la primera medición de seguimiento y a 1 en el segundo seguimiento. El siguiente cambio se observa en el número de problemas con sus *hermanos* que disminuyó de 5 durante la línea base a 2 en seguimiento a un mes y de 0 a seis meses. En relación a los problemas con sus *hijos*, los participantes del grupo informaron 3 problemas durante la fase de línea base, de 1 en la fase de seguimiento 1 y de 0 en el seguimiento dos. Respecto a la *pareja* informaron 1 problema en la primera sesión de línea base, 0 durante la primera evaluación de seguimiento y 0 en la segunda medición de seguimiento, seis meses después de concluidas las intervenciones.

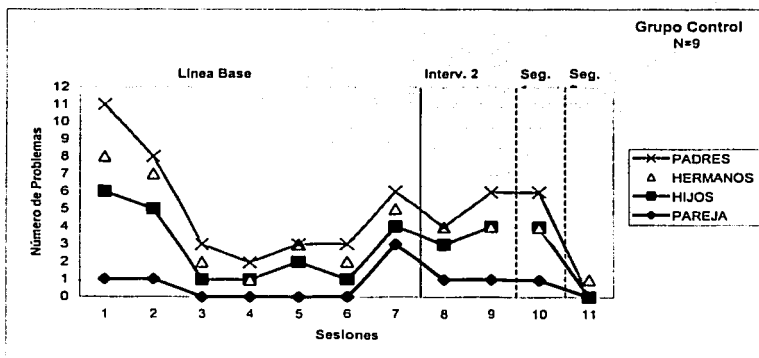


Figura 6. Número de problemas con los diversos miembros de la familia informados por los participantes del **grupo control en lista de espera** en las fases de: línea base, intervención 1, seguimiento 1 y seguimiento 2.

En la figura 6 se puede observar que los cambios más notables para el grupo control en lista de espera, una vez realizada la Intervención conferencias, se refiere a su relación con todos los miembros de la familia. Respecto al número de problemas con sus padres informaron 11 durante la línea base, 6 durante la evaluación de seguimiento realizada un mes y de 0 seis meses después de haber recibido la Intervención conferencias. Los problemas presentados en su relación con los hermanos durante la línea base fue de 8 en línea base, de 4 en la fase de seguimiento uno y de 1 en el segundo seguimiento. Los participantes de este grupo informaron de 6 problemas con sus hijos durante línea base que disminuyeron a 4 en la evaluación de seguimiento 1 y 0 en el segundo seguimiento. Para este grupo no se observa ningún cambio en el número de problemas respecto a su pareja de línea base a seguimiento uno, que disminuye en la segunda medición de seguimiento a 0.

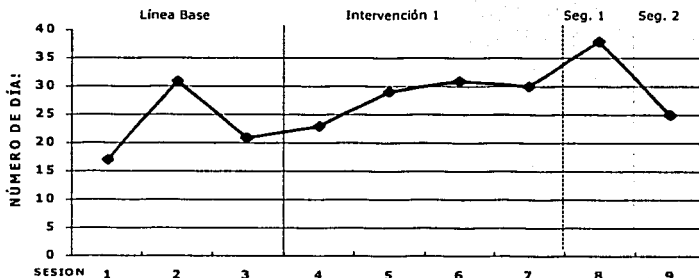


Figura 7. Número de días sin problemas en la última semana informados por los participantes del grupo experimental 1 en las fases de línea base, intervención 1 y seguimiento a un mes y seis meses después de concluida la intervención.

Figura 1

N = 6

La figura 7 describe la suma del número de días en los que no se presentaron problemas de conflicto familiar en la última semana auto informados por los seis participantes del grupo experimental 1, como se puede observar el número de días sin problemas de conflicto familiar incrementó de 17 días en la sesión uno de línea base a 38 días sin problemas en la sesión ocho de seguimiento un mes, y a 25 en la medición segunda medición de seguimiento seis meses después de concluida la intervención.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

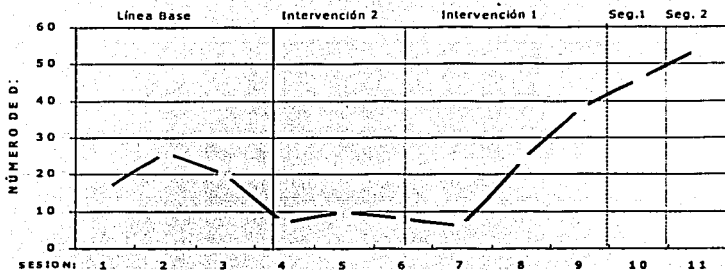


Figura 8. Número de días sin problemas en la última semana informados por los participantes del grupo experimental 2 en las fases de línea base, intervención 2, intervención 1 y seguimiento 1 y 2 a un mes y seis meses después de concluida la intervención. N = 10

La figura 8 describe la suma del número de días en los que no se presentaron problemas de conflicto familiar en la última semana auto informados por los diez participantes del grupo experimental 2, como se puede observar el número de días sin problemas de conflicto familiar incrementó de 16 días en la sesión uno de línea base, a 46 días sin problemas en la sesión ocho del primer seguimiento a un mes y a 54 días sin problemas seis meses después de concluidas las intervenciones 2 y 1.

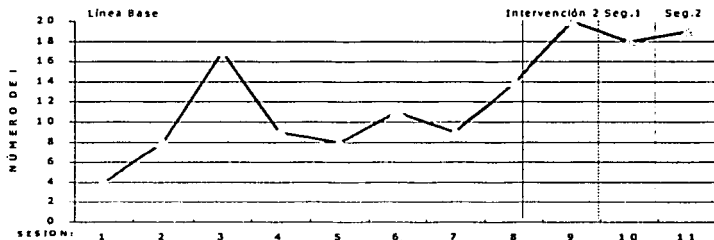


Figura 9. Número de días sin problemas en la última semana informados por los participantes del grupo control en las fases de línea base, intervención 2 y seguimiento 1 y 2 a un mes y seis meses respectivamente. N = 9

Figura 1

N = 9



La figura 9 describe la suma del número de días en los que no se presentaron problemas de conflicto en la última semana auto informados por los nueve participantes del grupo control, como se puede observar el número de días sin problemas de conflicto familiar incrementó de 4 días en la sesión uno de línea base, 18 días sin problemas en la sesión diez de seguimiento a un mes después de concluida la intervención dos y de 19 días sin problemas en la medición de seis meses.

Para contar con un esquema integral de los factores evaluados, los resultados de las escalas del SEVIC aplicadas a los participantes del estudio durante la evaluación inicial se presentan por grupo experimental 1, experimental 2 y grupo control en lista de espera, se agruparon los factores con respecto a relaciones intrafamiliares, estilos disciplinarios y de crianza, depresión y agresividad. A continuación se describen la frecuencia promedio de respuestas a tres posibles opciones.

Tabla 2. Puntajes promedio obtenidos en la evaluación inicial de en los factores del SEVIC relativos a las relaciones intrafamiliares en los tres grupos.

FACTORES: / GRUPO:	Experimental 1 N = 6	Experimental 2 N = 10	Control N = 9
Interacción familiar	1.76	1.65	1.80
Relación positiva con el padre	1.66	2.07	1.87
Relación positiva con la madre	2.33	2.41	2.57
Relación de pareja de los padres	1.85	1.75	1.65

TESIS CON
FALLA DE CUBRIR

Tabla 3. Puntajes promedio obtenidos en la evaluación inicial de los factores del SEVIC relativos a **estilos disciplinarios y de crianza** en los tres grupos.

FACTORES: / GRUPO:	Experimental 1 N = 6	Experimental 2 N = 10	Control N = 9
Estilos de crianza positiva	1.51	1.74	1.73
Interés de los padres	1.25	1.46	1.51
Estilos de crianza negativa	1.62	1.72	1.77
Padres que usaban castigo	1.81	1.78	1.92

Tabla 4. Puntajes promedio obtenidos en la evaluación inicial del **factor depresión** del SEVIC en los tres grupos.

FACTORES: / GRUPO:	Experimental 1 N = 6	Experimental 2 N = 10	Control N = 9
Depresión	1.92	1.94	1.76

Tabla 5. Puntajes obtenidos en la evaluación inicial del **factor agresividad** del SEVIC en los tres grupos.

FACTORES: / GRUPO:	Experimental 1 N = 6	Experimental 2 N = 10	Control N = 9
Agresividad	2.08	1.82	2.11

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Posteriormente, con el propósito de contrastar visualmente los cambios en la distribución porcentual de los factores de agresividad e interacción familiar de los participantes después de la intervención cognitivo conductual, se realizaron una evaluación inicial y dos mediciones de seguimiento a un mes y seis meses respectivamente después de concluida la intervención. Los resultados obtenidos se ilustran en distribuciones porcentuales de las tres opciones de respuesta de los participantes en cada fase de la intervención para el grupo experimental 1, grupo experimental 2 y grupo control en lista de espera. Los resultados describen puntajes de los tres grupos que se ubican en el intervalo promedio.

Las figuras diez a dieciocho muestran las distribuciones porcentuales de las respuestas de los participantes de los grupos: experimental 1, experimental 2 y control, en función de los reactivos 60 a 63 del factor agresividad del instrumento de medición Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC) desarrollado por Sánchez-Sosa y Hernández Guzmán (1992). En cada caso, la ordenada muestra el porcentaje de sujetos que contestó haber experimentado algunos de los tres posibles valores que representan respuestas específicas a la afirmación que se les presentó. Los símbolos de cada punto de dato en la gráfica unidos por una línea, representan a los sujetos contrastados en términos de las frecuencias de respuesta antes de la intervención, con dos mediciones de seguimiento, a un mes y seis meses, después de concluir el programa de intervención.

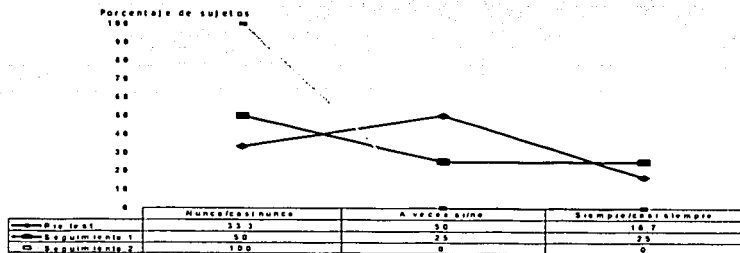


Figura 10. Distribución porcentual de los sujetos del grupo experimental 1 en función de la frecuencia de respuesta a la afirmación: "Cuando me enoja mucho grito o insulto" del factor agresividad, antes de la intervención y un mes después de concluido el programa.

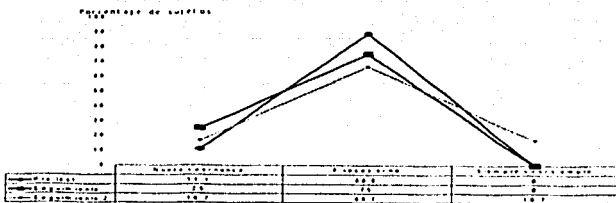


Figura 11. Distribución en porcentaje de los sujetos del grupo de experimentales 2 en función de la frecuencia de respuesta a la afirmación: "Cuando me da enojó mucho y me costó a respirar" del factor agresividad, antes de la intervención, un mes y tres meses después de concluido el programa.

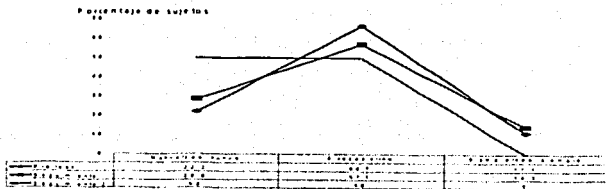


Figura 12. Distribución porcentual de los sujetos del grupo control en función de la frecuencia de respuesta a la afirmación: "Cuando me da enojó mucho y me costó a respirar" del factor agresividad, antes de la intervención, un mes y tres meses después de concluido el programa.

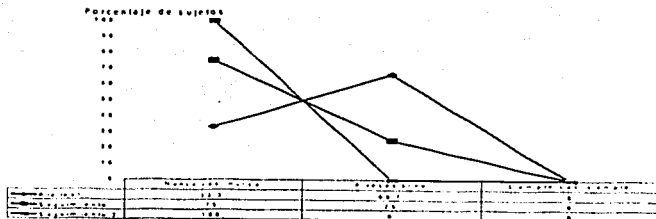


Figura 13. Distribución porcentual de los sujetos del grupo experimental 1 en función de la frecuencia de respuesta a la afirmación: "Cuando me da enojó mucho y me costó a respirar" del factor agresividad, antes de la intervención, un mes y tres meses después de concluido el programa.

TESIS CON
VALOR DE ORIGEN

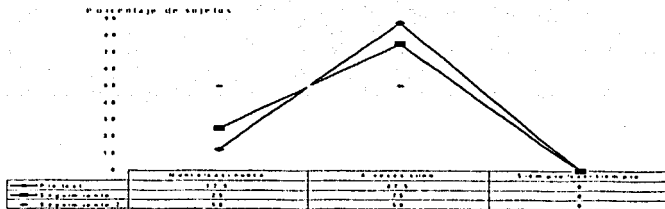


Figura 14. Distribución porcentual de los sujetos del grupo experimental 1 en función de la frecuencia de respuesta a la instrucción "Cuándo me enoja mucho empujo o golpeo" del factor agresividad, antes de la intervención, un mes y seis meses después de concluido el programa.

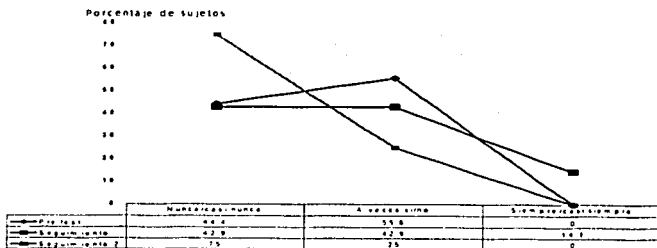


Figura 15. Distribución porcentual de los sujetos del grupo control en función de la frecuencia de la respuesta a la instrucción "Cuándo me enoja mucho empujo o golpeo" del factor agresividad, antes de la intervención, un mes y seis meses después de concluido el programa.

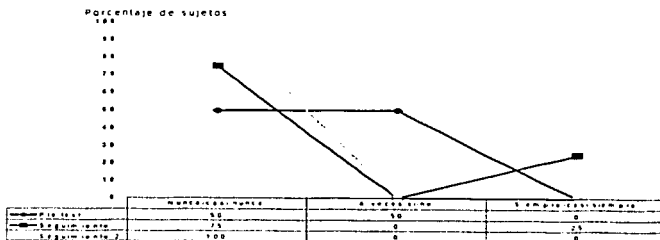


Figura 16. Distribución porcentual de los sujetos del grupo experimental 1 en función de la frecuencia de respuesta a la instrucción "Cuándo me enoja mucho empujo o golpeo" del factor agresividad, antes de la intervención, un mes y seis meses después de concluido el programa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

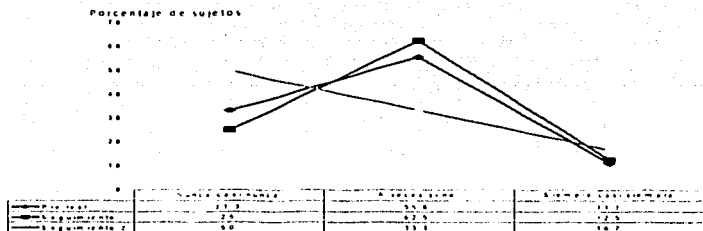


Figura 17. Distribución porcentual de los sujetos del grupo experimental 2, en función de la frecuencia de la afirmación: "La gente que me conoce piensa que soy muy agresivo(a)" del factor agresividad, antes de la intervención, un mes y seis meses después de concluido el programa.

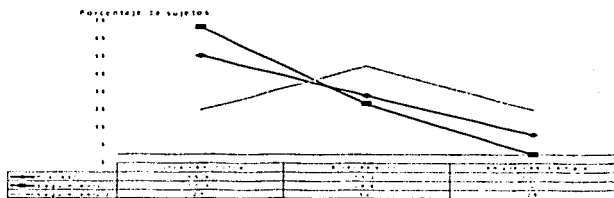


Figura 18. Distribución porcentual de los sujetos del grupo experimental 2, en función de la frecuencia de la respuesta a la afirmación: "La gente que me conoce piensa que soy muy agresivo(a)" del factor agresividad, antes de la intervención, un mes y seis meses después de concluido el programa.

Las figuras 19 a 30 se muestran las distribuciones porcentuales de las respuestas de los participantes de los grupos: experimental 1, experimental 2 y control, en función de los reactivos 53 a 57 del **factor interacción familiar**. En cada caso, la ordenada muestra el porcentaje de sujetos que contestó haber experimentado algunos de los tres posibles valores que representan respuestas específicas a la afirmación que se les presentó. Los símbolos de cada punto de dato en la gráfica unidos por una línea, representan a los sujetos contrastados en términos de las frecuencias de respuesta antes de la intervención, con dos mediciones de seguimiento, a un mes y seis meses, después de concluir el programa de intervención.

TREIS
FALLA DE

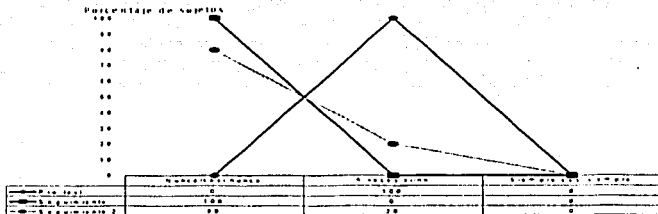


Figura 19. Distribución porcentual de los sujetos del grupo experimental 1 en función de la frecuencia de la instrucción: "Siempre quemé papeja me ignora o m'alfraja" del factor interacción familiar, antes de la intervención, un mes y seis meses después de concluido el programa.

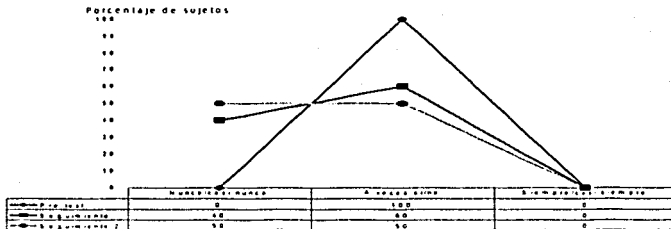


Figura 20. Distribución porcentual de los sujetos del grupo experimental 2 en función de la frecuencia de la instrucción: "Siempre quemé papeja me ignora o m'alfraja" del factor interacción familiar, antes de la intervención, un mes y seis meses después de concluido el programa.

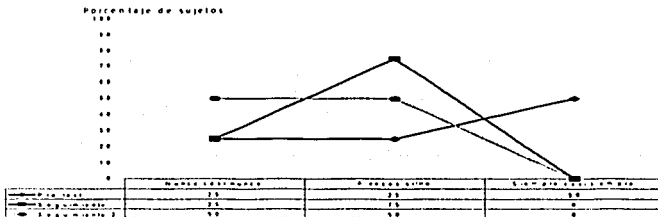


Figura 21. Distribución porcentual de los sujetos del grupo control en función de la frecuencia de la instrucción: "Siempre quemé papeja me ignora o m'alfraja" del factor interacción familiar, antes de la intervención, un mes y seis meses después de concluido el programa.

TESIS CON
FALLA DE CUBRIR

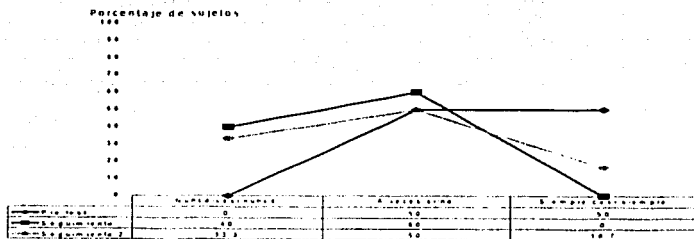


Figura 22. Distribución porcentual de los sujetos del grupo experimental 2 en función de la frecuencia de la instrucción "Peleo como pareja" del factor interacción familiar, antes de la intervención, un mes y seis meses después de concluido el programa.

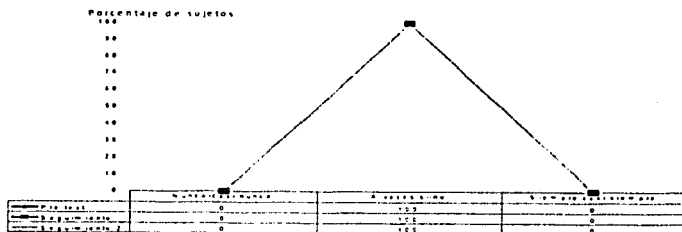


Figura 23. Distribución porcentual de los sujetos del grupo experimental 1 en función de la frecuencia de respuesta a la instrucción "Peleo como pareja" del factor interacción familiar, antes de la intervención, un mes y seis meses después de concluido el programa.

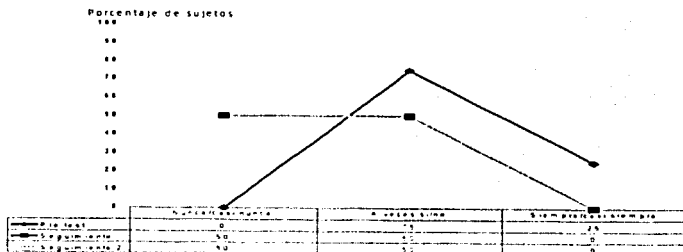


Figura 24. Distribución porcentual de los sujetos del grupo control en función de la frecuencia de la instrucción "Peleo como pareja" del factor interacción familiar, antes de la intervención, un mes y seis meses después de concluido el programa.

TEMA
FALLA DE UNIÓN

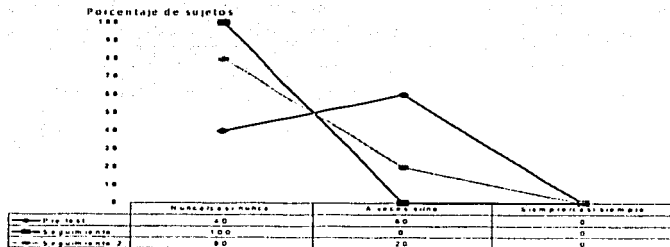


Figura 25. Distribución porcentual de los sujetos del grupo experimental 1 en función de la frecuencia de la instrucción: "Las peleas llegan a la violencia física (jalones, empujones, golpes, etc)" del factor interacción familiar, antes de la intervención, un mes y seis meses después de concluido el programa.

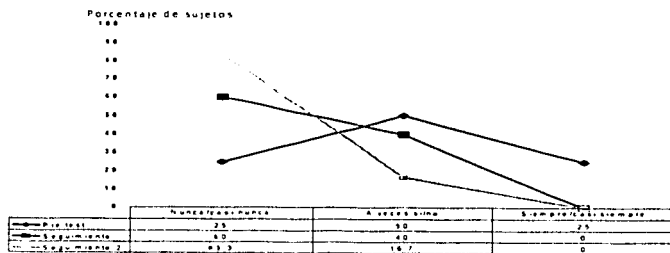


Figura 26. Distribución porcentual de los sujetos del grupo experimental 2 en función de la frecuencia de respuesta a la instrucción: "Las peleas llegan a la violencia física (jalones, empujones, golpes, etc)" del factor interacción familiar, antes de la intervención, un mes y seis meses después de concluido el programa.

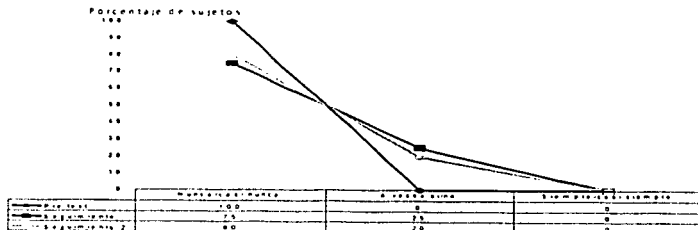


Figura 27. Distribución porcentual de los sujetos del grupo control en función de la frecuencia de respuesta a la instrucción: "Las peleas llegan a la violencia física (jalones, empujones, golpes, etc)" del factor interacción familiar, antes de la intervención, un mes y seis meses después de concluido el programa.

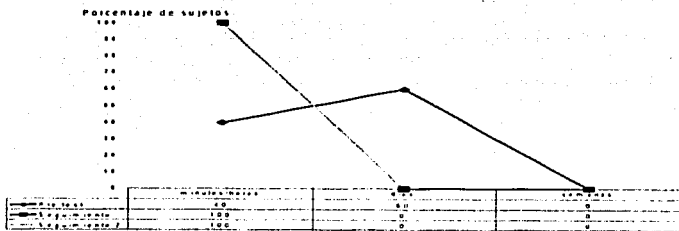


Figura 28. Distribución porcentual de los sujetos del grupo experimental 1 en función de la frecuencia de respuesta a la instrucción "Cuando peleamos el perro nos dura" del factor interacción familiar, antes de la intervención, un mes y seis meses después de concluido el programa.

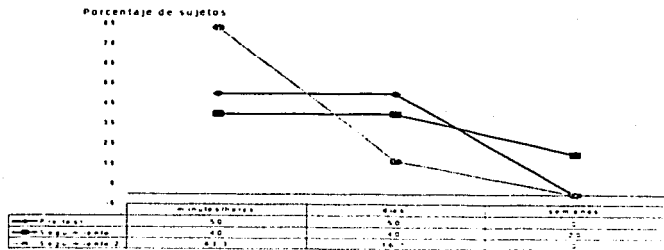


Figura 29. Distribución porcentual de los sujetos del grupo experimental 2 en función de la frecuencia de respuesta a la instrucción "Cuando peleamos el perro nos dura" del factor interacción familiar, antes de la intervención, un mes y seis meses después de concluido el programa.

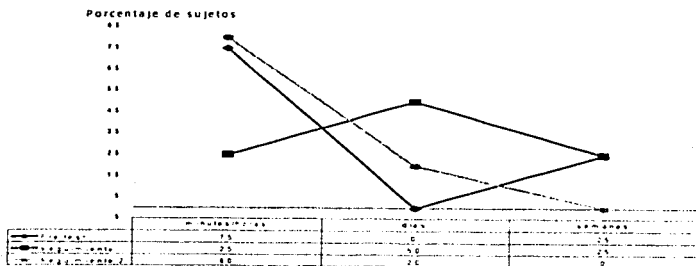


Figura 30. Distribución porcentual de los sujetos del grupo control en función de la frecuencia de respuesta a la instrucción "Cuando peleamos el perro nos dura" del factor interacción familiar, antes de la intervención, un mes y seis meses después de concluido el programa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Con el propósito de conocer los cambios en las **respuestas de afrontamiento y comunicación familiar** de los participantes después de la intervención cognitivo conductual, se presentan la evaluación de línea base y dos mediciones de seguimiento a un mes y seis meses después de concluida la intervención. Los resultados obtenidos se ilustran en distribuciones porcentuales de las tres opciones de respuesta de los participantes en cada fase de la intervención para el grupo experimental 1, grupo experimental 2 y grupo control en lista de espera.

Las figuras 31 a 36 muestran las distribuciones porcentuales de las respuestas de los participantes de los grupos: experimental 1, experimental 2 y control, en función de los reactivos 57 y 77 del instrumento de medición Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC) desarrollado por Sánchez-Sosa y Hernández Guzmán (1992). En cada caso, la ordenada muestra el porcentaje de sujetos que contestó haber experimentado algunos de los tres posibles valores que representan respuestas específicas a la afirmación que se les presentó. Los símbolos de cada punto de dato en la gráfica unidos por una línea, representan a los sujetos contrastados en términos de las frecuencias de respuesta antes de la intervención, con dos mediciones de seguimiento, a un mes y seis meses, después de concluir el programa de intervención.

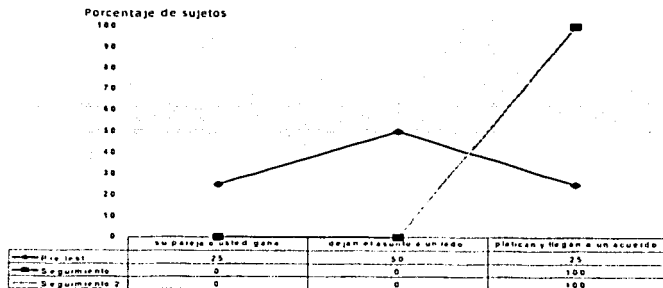


Figura 31. Distribución porcentual de respuestas de los sujetos del grupo experimental 1 en función de la frecuencia de respuesta a la instrucción: "Esas peleas se resuelven generalmente con que:" del factor interacción familiar, antes de la intervención, a un mes y seis meses después de concluir el programa.

TESIS CON
PALA DE ORIGEN

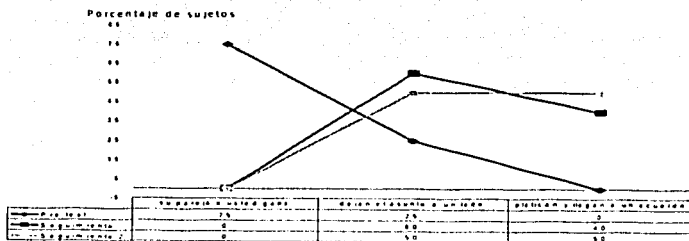


Figura 32. Distribución porcentual de respuestas de los sujetos del grupo experimental 2 en función de la frecuencia de la instrucción. "Esas palabras se resuelven generalmente con que" del factor interacción familiar, antes de la intervención, un mes y seis meses después de concluir el programa.

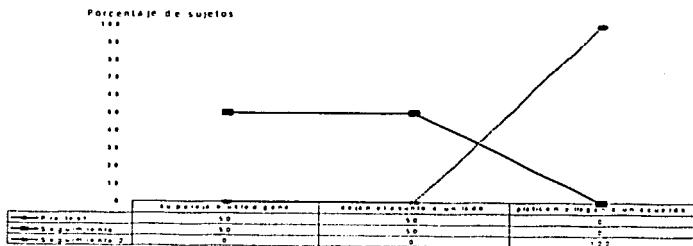


Figura 33. Distribución porcentual de respuestas de los sujetos del grupo control en función de la frecuencia de la instrucción. "Esas palabras se resuelven generalmente con que" del factor interacción antes de la intervención, un mes y seis meses después de concluir el programa.

Las figuras 34 a 36 muestran las distribuciones porcentuales a tres opciones de respuestas de los participantes de los grupos: experimental 1, experimental 2 y control, en función del reactivo 77, "Piensa que la comunicación que tiene con sus familiares actualmente es:" del SEVIC. En cada caso, la ordenada muestra el porcentaje de sujetos que contestó haber experimentado algunos de los tres posibles valores que representan respuestas específicas a la afirmación que se les presentó. Los símbolos de cada punto de dato en la gráfica unidos por una línea, representan a los sujetos contrastados en términos de las frecuencias de respuesta antes de la intervención y con dos mediciones de seguimiento, a un mes y seis meses, después de concluir el programa de intervención.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

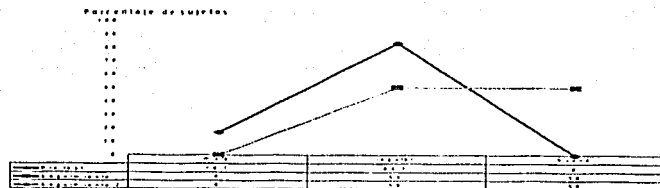


Figura 34. Distribución porcentual de respuestas de los sujetos del grupo experimental 1 en función de la frecuencia de la instrucción: "Piensa que la comunicación que tiene con sus familiares actualmente es:" antes de la intervención, un mes y seis meses después de concluido el programa.

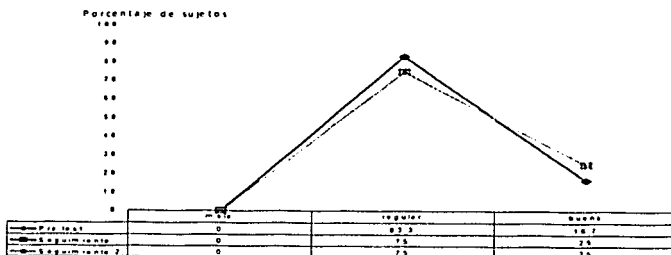


Figura 35. Distribución porcentual de respuestas de los sujetos del grupo experimental 2 en función de la frecuencia de respuesta a la instrucción: "Piensa que la comunicación que tiene con sus familiares actualmente es:" antes de la intervención, un mes y seis meses después de concluido el programa.

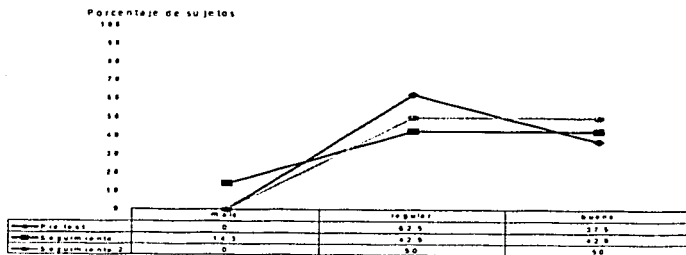


Figura 36. Distribución porcentual de respuestas de los sujetos del grupo control en función de la frecuencia de la instrucción: "Piensa que la comunicación que tiene con sus familiares actualmente es:" antes de la intervención, un mes y seis meses después de concluido esta.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Validación social de resultados

Con el propósito de conocer los índices de validación social que alcanzan las intervenciones cognitivo-conductuales en una comunidad rural, se preguntó a los participantes la ayuda que el programa le proporcionó y si sus problemas disminuyeron. Los datos obtenidos de los auto informes se ilustran en dos gráficas comparativas para los tres grupos: experimental 1, experimental 2 y control en lista de espera.

Las figuras 37 y 38 muestran las distribuciones porcentuales a cinco opciones de respuestas de los participantes de los grupos: experimental 1, experimental 2 y control. En cada caso, la ordenada muestra el porcentaje de sujetos que contestó a cinco posibles valores que representan respuestas específicas a la afirmación que se les presentó.

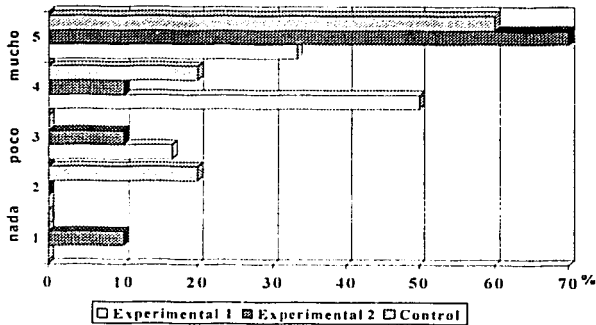
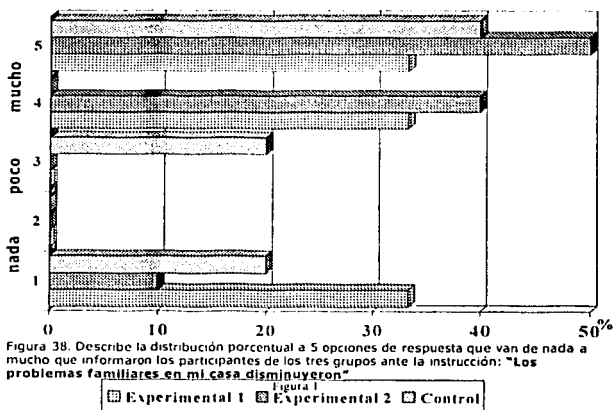


Figura 37. Describe la distribución porcentual a 5 opciones de respuesta que van de nada a totalmente, que informaron los participantes de todos los grupos, respecto a la instrucción: "Considera que el programa le ayudó a resolver sus problemas familiares"

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



TESIS CON
FALTA DE ORIGEN



CAPÍTULO SIETE

DISCUSIÓN

Los objetivos del estudio fueron poner a prueba un programa de intervención para el entrenamiento de estrategias de solución de conflicto familiar y determinar si las habilidades aprendidas se mantienen a través del tiempo en residentes de una comunidad rural.

Por lo que respecta al empleo de estrategias de solución utilizadas por los participantes con problemática de violencia familiar después de las intervenciones, se observa de manera consistente en todos los grupos que participaron en el estudio, una disminución en el número de problemas con diversos miembros de la familia, en la primera medición de seguimiento respecto a la sesión inicial de línea base. En la segunda medición de seguimiento, seis meses después de concluidas las intervenciones, el decremento en el número de problemas familiares, y las estrategias de solución de conflicto familiar aprendidas, se sostuvieron en el tiempo en los grupos experimentales.

Los cambios más notables a través del tiempo en la primera medición de seguimiento, se observan en el grupo experimental 1 que se expuso al programa de entrenamiento PAPS y en el grupo experimental 2 que recibió conferencias más el programa de entrenamiento PAPS, en comparación al grupo control en lista de espera que recibió únicamente conferencias. En contraste, en la segunda evaluación de seguimiento seis meses después de concluida la intervención, los mayores cambios se observan en el grupo experimental 2 y en el grupo control en comparación al grupo experimental 1, aún cuando cabe mencionar que el número de problemas en la segunda medición de seguimiento es bajo para todos los grupos. El notable decremento en el número de problemas familiares informados por los residentes del grupo control en lista de espera que recibió únicamente conferencias, puede explicarse a que las condiciones de aplicación del programa

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

facilitaron el intercambio de información entre los participantes de los diversos grupos pertenecientes a una comunidad pequeña.

De manera particular, en relación a los tipos de intervención, el grupo experimental 1, que recibió el programa de entrenamiento PAPS, muestra una disminución en el número de problemas con todos los miembros de la familia y se observa un mayor decremento en la primera evaluación de seguimiento, en contraste se observa un incremento en el número de problemas en la relación de pareja e hijos en el segundo seguimiento. En el grupo experimental 2, que recibió un tratamiento combinado, se instrumentaron primeramente las conferencias e inmediatamente después se aplicó el programa de entrenamiento PAPS. En este grupo se observa un mayor decremento en el número de problemas en las evaluaciones de seguimiento a un mes y seis meses, lo que sugiere una mayor ganancia terapéutica con la aplicación de los dos tipos de intervención. Estos hallazgos apoyan los resultados obtenidos en la aplicación de tratamientos combinados documentados por Kazdin (1986), que encontró un efecto mayor sobre la conducta antisocial cuando se combinaron dos tratamientos que cuando se proporcionó cada programa de entrenamiento por separado.

El grupo control en lista de espera que recibió conferencias después de seis sesiones de línea base, muestra una menor disminución en el número de problemas familiares informados en comparación a los dos grupos experimentales en la primera medición de seguimiento. En contraste, en la segunda evaluación de seguimiento se observa un decremento similar en el número de problemas con todos los miembros de la familia al grupo experimental 2 que recibió tratamiento combinado y menor en comparación al grupo experimental 1 que recibió el programa de entrenamiento PAPS. Los resultados de este grupo sugieren el desarrollo de investigación futura sobre el impacto que la presencia del profesional tiene en estas comunidades, que puede tener relación con lo señalado por Moos (1985), en relación a que el apoyo social percibido tiene un mayor impacto que el apoyo recibido.

Es notable el aumento en el número de problemas informado por los participantes de todos los grupos en la sesión siete, los investigadores preguntaron a la comunidad los sucesos ocurridos en el municipio alrededor de esa fecha y se nos informó que se había realizado la celebración conjunta de las fiestas patrias y el aniversario del Municipio del Mineral de la Reforma en el Estado de Hidalgo en esa fecha. Este suceso no esperado en el estudio, refiere la dificultad de realizar investigación aplicada en escenarios naturales en donde intervienen otros factores externos.

En los dos grupos experimentales, se observa un incremento en el número de problemas en la primera sesión del programa de entrenamiento. Este comportamiento de los datos puede explicarse en términos de la naturaleza del

comportamiento violento en la familia. Es un problema social que por su reciente reconstitución como tal, no ha informado a la población acerca de los derechos que tiene para preservar su integridad física y mental. En este sentido, el incremento en el número de problemas podría deberse a que los participantes al iniciar la intervención empezaron a reconocer más comportamientos violentos que antes de tener información documentada y realizar un análisis funcional de los problemas familiares.

Los hallazgos encontrados sugieren que la presencia profesional que proporcionó información documentada sobre la problemática, ayudó a los residentes en el reconocimiento de conductas violentas que anteriormente aceptaban como una condición social dentro de sus comunidades. Esta aceptación de la violencia en comunidades rurales, apoya lo propuesto por el modelo de patrones culturales de Levinson (1988), que explica como lo que parece ser abusivo en una cultura, puede no ser un problema en otras.

Los cambios observados en el número de "días buenos" sin conflicto familiar, agrega valor al programa de entrenamiento PAPS combinado con pláticas informativas, al lograr una mayor diferencia antes y después en el número de "días buenos". Sin embargo, la limitación que se presentó en el estudio, es que no se contó con información colateral de otros familiares

Por lo que respecta a los cambios en la distribución porcentual de respuestas a los reactivos correspondientes a los factores de agresividad e interacción familiar, evaluados con el instrumento SEVIC, en las diferentes fases de la intervención. La distribución porcentual señala el cambio más notable en el grupo experimental 1, observándose un cambio de las opciones de respuesta: a veces y siempre, a la opción nunca, que indica un cambio en la dirección deseable, esto es, la opción que involucra no violencia.

Asimismo, se observa un cambio en la distribución porcentual en las respuestas de afrontamiento para resolver peleas familiares. Los tres grupos muestran un cambio que va del empleo de estrategias de afrontamiento de evitación y de enfrentamiento a la utilización de una estrategia conductual activa en que los participantes iniciaron acciones conducentes a resolver el conflicto familiar (Lazarus & Folkman, 1984). Este hallazgo confirma lo descrito por otros investigadores, en el sentido de que el mejoramiento en habilidades pro sociales se traduce en manejar eventos de vida controlables (Prinz, Dumas & Blechman, 1994). Se observa en el grupo experimental 1, que recibió el entrenamiento PAPS, un cambio más inmediato que en los otros grupos, este comportamiento de datos resulta en un impacto inmediato del tratamiento que permite extraer más inferencias válidas de los estudios de caso. De manera general, en comunicación familiar el cambio más notable se observa en primer lugar el grupo experimental

uno que recibió el programa de entrenamiento PAPS y en segundo, el grupo experimental dos con tratamiento combinado.

En relación a la satisfacción social de las intervenciones, ésta se ve reflejada en los datos de validación de los resultados (Wolf, 1978), donde se observa una mayor satisfacción por el tratamiento combinado, siguiendo el programa de entrenamiento y finalmente las pláticas informativas. Asimismo, la percepción de los participantes acerca de que los problemas en su casa disminuyeron, se observa consistente en los diferentes grupos. Lo anterior apoya la noción de que la evaluación de la percepción de la mejoría, es una técnica ampliamente aceptada que ha generado datos acerca de que los programas socialmente validados, contribuyen a una mayor adherencia al tratamiento y efectividad de los programas de intervención (Blechman, 1996; Prinz, Blechman & Dumas, 1994).

Conclusiones y limitaciones

El significado de los presentes resultados se pueden ubicar en dos contextos. Por una parte, la efectividad de intervenciones dirigidas al entrenamiento de habilidades para el afrontamiento pro social y el grado de inferencia. Por otra, el análisis del contexto cultural de la población a la que fue aplicado el programa de intervención, las expectativas y la percepción de utilidad del programa.

Generalmente, cuando el efecto del tratamiento es socialmente importante, permite un mayor grado de inferencia que uno pequeño (Kratochwill & Piersel, 1983). Este es el caso del presente estudio que mostró un efecto clínicamente importante, debido a la reducción de conflictos familiares, y a que fue acompañado de una evaluación positiva de la utilidad de los tratamientos por parte de los participantes. Aún cuando el tamaño de la muestra no permitió analizar diferencias entre grupos, la evaluación continua mediante medidas repetidas en las diferentes fases de la intervención (el número y momento de las evaluaciones realizadas) permitió eliminar un mayor número de amenazas a la validez interna. En este sentido, aumentó la certeza de que los efectos de los cambios observados se debieran a los tratamientos y no a otras variables no controladas del estudio.

Adicionalmente, la estandarización del protocolo de tratamiento afectó el grado en el cual pueden extraerse inferencias válidas en este tipo de estudios (Kratochwill & Piersel, 1983). El entrenamiento de los psicólogos participantes en el proyecto y el manual de procedimientos, permitió aplicar el tratamiento de una forma consistente.

Los resultados obtenidos con la aplicación del programa de entrenamiento PAPS, son consistentes con la teoría de competencia-afrontamiento desarrollado

por Blechman, Prinz, y Dumas (1995). La oportunidad para practicar habilidades de afrontamiento en respuesta a retos controlables resultó en una disminución de afrontamiento antisocial (v.g. agresividad). Como el modelo sugiere, las conductas de afrontamiento antisocial puede ser sustituidas enfocándose a la enseñanza de habilidades de afrontamiento y competencia social en lugar de dirigirse a la supresión de la agresividad. Este tipo de programas de entrenamiento han resultado eficaces, como lo informa la evaluación de resultados generados por estudios recientes que utilizaron programas de entrenamiento en habilidades de afrontamiento y competencia prosocial (Blechman, Mabry, & Cárdenas, 1996., Cárdenas, Estrada, Bonilla, Meza & Cárdenas, 2000; Cárdenas, Hernández-Guzmán, Vite & Meza, 2003).

Sin embargo, el entrenamiento PAPS al aplicarse separadamente, observó un menor cambio de los participantes de este grupo. Esta limitación no es deseable, pero de alguna manera esperada, debido a que este tipo de intervenciones intentan extenderse por periodos de tiempo más largos y ser repetidos en múltiples eventos para incrementar su eficacia (Prinz, Blechman, & Dumas, 1994). Sin embargo el poner a prueba al programa PAPS, combinado con las pláticas informativas resulto en una mayor disminución del número de problemas familiares, lo que apoya la sugerencia de combinar el programa con otros componentes basados en contextos comunitarios y escolares (Miller & Prinz, 1990). Lo que le da una mayor viabilidad en el sentido de que las pláticas informativas, como las que lleva a cabo el DIF municipal es un recurso comunitario que resulta complementario a este tipo de intervenciones, si se orientan hacia sesiones informativas documentadas y actualizadas.

Las limitaciones metodológicas del estudio son diversas: carencia de informantes colaterales, dificultad para dar entrenamiento a la familia completa, falta de instrumentos de evaluación validados para esta población, dificultad para realimentar el progreso a los participantes y número de participantes en el estudio. Otras limitaciones que podemos señalar son: espacios inadecuados, movilidad de horarios de servicios, por largas jornadas de trabajo y cargas excesivas de trabajo

Investigación futura

A pesar de que el estudio mostró un efecto socialmente relevante para la población rural con problemática de conflicto familiar, se deben mencionar algunas consideraciones importantes para realizar investigación futura en esta línea de investigación.

El reconocimiento de comportamientos violentos que se observa en el aumento del número de conflictos familiares, al inicio de las fases de tratamiento, sin diferenciar ninguna, podría deberse a que el formato del auto informe no incluyó en sus preguntas, una descripción de lo que para el estudio se

consideraban comportamientos violentos. En este sentido, convendría pilotear un formato de auto informe, para emplearlo en estudios posteriores dirigidos a comunidades rurales. Lo anterior, también apoya la proposición de incluir en estudios futuros, otro componente programático que emplee técnicas motivacionales al inicio del programa PAPS que permita tomar una decisión sobre si se desea realizar un cambio antes de iniciar la intervención.

Otra pregunta a contestar en estudios futuros se refiere a la eficacia de estas intervenciones, en este sentido se podría evaluar si las intervenciones con/sin el apoyo de líderes comunitarios (como maestros de la escuela entrenados) pueden mantener decrementos clínicamente significativos en problemas externalizados y mantenerlos a través del tiempo

Los programas de prevención de violencia basados en el entrenamiento de estrategias de afrontamiento pro social han arrojado resultados positivos en su aplicación y evaluación (Wilson et al., 1989; Prinz, Dumas & Blechman, 1994) a jóvenes vulnerables a resultados de vida adversos debido a la exposición a la violencia. De igual manera, programas dirigidos a jóvenes con problemas legales y sus familias (Blechman & Hall, 1997) se evaluaron con poblaciones latinas y afroamericanas, resultando en una reducción de problemas comunitarios y legales de los participantes (Blechman, Mabry & Cardenas, 1996).

Los hallazgos encontrados en relación al tipo de intervención que consistió en conferencias, nos sugieren que las conferencias son un recurso viable, económico y útil. En este sentido, parecería razonable alentar a las instituciones de salud el continuar informando a la comunidad e instrumentar programas dirigidos a mejorar sus habilidades de afrontamiento y solución de problemas familiares.

Mientras que los esfuerzos de prevención primaria no se enfoquen a enseñar habilidades que permita a los miembros de las familias afrontar efectivamente episodios de conflicto violento y estrategias de solución sin violencia, el papel de los científicos y estudiosos quedará como de simples cronistas de los alcances de la violencia familiar. En este sentido, es necesario enfatizar el refinamiento de programas de intervención, desarrollar medidas válidas de resultados, y evaluar el seguimiento a largo plazo que permita avanzar en la generación de programas que incidan efectivamente con esta problemática.



Referencias Bibliográficas

- Alessi, J. J., & Hearn, K. (1984). Group treatment of children in shelters for battered women. *In A. R. Roberts (Ed.), Battered women and their families* (49-61). New York: Springer.
- Bandura, A. (1971). *Social learning theory*. Morristown, NJ: General Learning.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barlow, D. H. & Hayes, S. C. (1979). Alternating treatment design: One strategy for comparing the effects of two treatments in a single subject. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 199-210.
- Barlow, D. H. & Hersen, M. (1988). *Diseños de línea base múltiple: Diseños experimentales de caso único*.(189-226) España: Martínez Roca
- Barnett, O. W. & LaViolette, A. D. (1993). *It could happen to anyone: Why battered women stay*. Newbury Park, CA: Sage.
- Barnett, O. W., Martinez, T. E., & Bleustein, B. W. (1995). Jealousy and anxious romantic attachments in maritally violent and non violent males. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 473-486.
- Barnett, O. W., Miller-Perrin, C. I. & Perrin, R. D. (1997). *Family violence across the lifespan*. London: Sage Publications.
- Bell, H. M. (1963) *Cuestionario de adaptación para adolescentes*. Barcelona: Editorial Herder, S. A.
- Bellack, A. S. & Hersen, M. (1989). *Métodos de investigación en psicología clínica*.

Bilbao: Ed. Desclee de Brouwer.

- Blechnan, E. A. (1985). *Solving child behavior problems: At home and at school*. Champaign, IL: Research Press.
- Blechnan, E.A. (1990). A new look at emotions and the family: A model of effective family communication. In E.A. Blechnan (Ed.), *Emotions and the family: For better or for worse*. New York: Erlbaum.
- Blechnan, E.A. (1992). Mentors for high-risk minority youth: From effective communication to bicultural competence. *Journal of Clinical Child Psychology*, (21) 160-169.
- Blechnan, E.A. (1996). Coping, competence, and aggression prevention: Part 2. Universal, School-based prevention. *Applied and Preventive Psychology*, (5) 19-35.
- Blechnan, E.A., & Culhane, S.E. (1993). Early adolescence and the development of aggression, depression, coping, and competence. *Journal of Early Adolescence*, 13, 361-382.
- Blechnan, E. A. & Hall, K. (1997). *Prosocial coping skills for youth offenders and their families: Practitioner guidebook*. University of Colorado at Boulder.
- Blechnan, E.A., Kotanchik, N.L., & Taylor, C.J. (1981). Families and schools together: Early behavioral intervention with high-risk students. *Behavior Therapy*, 12, 308-319.
- Blechnan, E. A., Mabry, G. & Cárdenas, G. (1996). Multisystemic, multicultural prosocial coping skills for high risk, delinquent and substance-abusing youth. *Continuing Education Workshop at the 30th Annual Convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy*. New York, EUA. 22 de Noviembre 1996.
- Blechnan, E. A. Prinz, R. J. & Dumas, J. E. (1995). Coping, competence and aggression prevention: Part 1. Developmental model. *Applied & Preventive Psychology*, 4, 211-232.
- Blechnan, E.A., Taylor, C.J., & Schrader, S.M. (1981). Family problem solving vs. home notes as early intervention with high risk children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 919-926.
- Brain, P. F., & Susman, E.J. (1997) Hormonal aspects of aggression and

- violence. In D.M. Stoff, J. Breiling & J.D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (314-323) New York: Wiley.
- Brower, M. C. & Price, B. H. (2000). Epilepsy and violence: When is the rain to blame?. *Epilepsy and Behavior*, 1, 145-149.
- Cairns, R.B., & Stoff, D.M. (1996). Conclusion: A synthesis of studies of the biology of aggression and violence. In D.M. Stoff & R.B. Cairns (Eds.), *Aggression and violence: Genetic, neurobiological and biosocial perspectives*. Mahwah, NJ: Erlbaum
- Caplan, M. Wiessberg, R.P. Grober, J. S. Sivo, P.J. Grady, K. & Jacoby, C. (1992). Social Competence promotion with innercity and suburban young adolescents. Effects on social adjustment and alcohol use. *Journal of consulting an clinical psychology*, 60, 56-63.
- Cárdenas, G., Estrada, P., Bonilla, G., Hernández, V., & Cárdenas, P. (2000). Programa de habilidades de afrontamiento y comunicación prosocial. *Memorias del V Congreso Internacional sobre Conductismo y Ciencias de la Conducta*. Xalapa Ver., México.
- Cárdenas, G., Flores, E. & Mata, A. (2000). Evaluation of psychological factors associated to domestic violence: A cross-cultural analysis. Ponencia presentada en el International Congress of Cognitive Psychotherapy. Catania, Italy.
- Cárdenas, G., Hernández-Guzmán, L., Vite, S. A. & Meza, V. (2003) Entrenamiento en habilidades de afrontamiento y competencia prosocial de jóvenes con historia de calle. *Revista Mexicana de Psicología*. En prensa.
- Chavarría, M. (2000). Persiste vulnerabilidad de capitalinas ante violencia doméstica. Comunicación e información de la mujer. *CIMAC*, martes 22 de mayo. México.
- Chavarría, M. (2001). Cada 15 segundos, una mujer es maltratada en la ciudad de México. Comunicación e información de la mujer. *CIMAC*, lunes 4 de diciembre. México.
- CIMAC (1999). *Inicia hoy día municipal de vacunación contra la violencia intrafamiliar*. martes 25 de mayo. México.
- Curtis, J. (2000). Domestic violence: Wake up to reality. *Sunday mail*, November 19, 2000. www.cyprus-mail.com.

- Dishion, T.J., Patterson, G. R., Stoolmiller, M. & Skinner, M.L. (1991). Family, school, and behavioral antecedents to early adolescent involvement with antisocial peers. *Developmental Psychology*, 27, 172-180.
- Eysenck & Gudjonsson (1989). *The causes and cures of criminality*. New York: Plenum Press.
- Fowles, D.C. (1993). Electrodermal activity and antisocial behavior. In J.C. Roy, W. Boucsein, D. C. Fowles, & J. Gruzeller (Eds.), *Electrodermal activity : From physiology to psychology* (223-238). New York: Plenum.
- Gilchrist, L.D. Schinke, S. P. & Maxwell, J. S. (1987). Life skills counselling for preventing problems in adolescence. *Journal of Social Service Research*, 10, 73-84.
- Goldstein, A. P. & Segall, N. H. (1983). *Aggression in global perspective*. New York: Pergamon.
- Gómez, M. C. (2002). Violencia intrafamiliar, problema grave en el país. *La Jornada*, sábado 27 de julio. México.
- Hausman, A. J., Spivak, H., Prothrow-Stith, D., & Roeber, J. (1992). Patterns of teen exposure to a community based violence prevention project. *Journal of Adolescent Health*, 13, 668-675.
- Hawkins, J. D. Catalano, R. F. & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Hayes, S. C. (1981) Single case experimental design and empirical clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 193-211.
- Heath, L., Kruttschnitt, C. & Ward, D. A. (1986). Family violence, television viewing habits, and other adolescent experiences related to violence criminal behavior. *Criminology*, 24, 235-267.
- Hernández Guzmán, L. (1999) *Hacia la salud psicológica: niños socialmente competentes*. UNAM. México.
- Hernández Guzmán, L. & Sánchez Sosa, J. J. (1997). Factores de riesgo

asociados con la disfunción psicológica en el niño y el adolescente.
Revista Psicología Contemporánea, 4, (1), 24-34.

- Holloway, M. (1994). Trends in women's health.- A global view. *Scientific American*, pp.76-83.
- Hotaling, G. T., Straus, M. A., & Lincoln, A. J. (1990). Intrafamily violence and crime and violence outside the family. In M. A. Straus & R. J. Gelles (Eds.), *Physical violence in American Families: Risk factors and adaptations to violence in families*. (431-470). New Brunswick, NJ: Transaction Books.
- Hotaling, G. T. & Sugarman, D. B. (1986). An analysis of risk markers in husband to wife violence: The current state of knowledge. *Violence and Victims*, 1, 101-124.
- Jaffe, P.G., Hastings, E. & Reitzel, D. (1992). Child witnesses of women abuse: How can schools respond? *Response*, 79(2), 12-15.
- Jaffe, P. G., Suderman, M., Reitzel, D. & Killip, S. M. (1992). An evaluation of a secondary school primary prevention program on violence in intimate relationships. *Violence and Victims*, 7, 129-146.
- Jaffe, P., Wolfe, D., Wilson, S., & Sluszarzck, M. (1986). Family violence and child adjustment: A comparative analysis of girls' and boys' behavioral symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 143(1), 74-77.
- Jessor, R. & Jessor, S. (1977). *Problem behavior and psychological development. A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Kagan, J. (1998). Temperamental contributions to social behavior. *American Psychologist*, 44, 668-674.
- Kazdin, A. E. (1986). *Treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. Homewood, IL: Dorsey.
- Kazdin, A. E. (1994). Psychotherapy for children and adolescents. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (543-594). New York: Wiley.
- Kenning, M., Merchant, A. & Tomkins, A. (1991). Research on the effects of witnessing parental battering: Clinical and legal policy implication. In M. Steinman (Ed.), *Women battery: Policy responses* (237-261).

Cincinnati, OH: Anderson.

- Kerlinger, F.N. (1982). *Investigación del comportamiento*. México. Editorial Interamericana.
- Kliewer, W., & Sandler, I. N. (1993). Social competence of coping among children of divorce. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 432-440
- Kratochwill, T. R. & Piersel, W. C. (1983). Times-series research: Contributions to empirical clinical practice. *Behavioral Assessment*, 5, 165-176.
- Kreuz, S. (1997). Emotional effects of violence in the family. *Violence: From biology to society*. J. S. Grisolia et al., editors
- Lazarus & Folkman (1984). *Stress, appraisal and coping*. Ed. Springer, New York.
- Levinson, D. (1988). Family violence in a cross-cultural perspective. In V. B. Van Hasselt, R. L. Morrison, A. S. Bellack, & M. Hersen (Eds.), *Handbook of Family Violence* 435-456. New York: Plenum.
- Linnöla, M. (1997). On the psychobiology of antisocial behavior. In D.M. Stoff, J. Breiling & J.D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (336-340). New York: Wiley.
- MacEwen, K. E. (1994). Refining the intergenerational transmission hypothesis. *Journal of Interpersonal Violence*, 9, 350-365.
- Miles, D. R. & Carey G. (1997). Genetic and environmental architecture of human aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72,(1), 207-217.
- Miller, S. L. (1989). Unintended side effects of pro-arrest policies and their race and class implications for battered women: A cautionary note. *Criminal Justice Review*, 3, 299-316.
- Miller, G.E. & Prinz, G.E. (1990). Enhancement of social learning family interventions for childhood conduct disorder. *Psychological Bulletin*, 108, 291-307.
- Morgan, A.B. & Lilienfeld, S. O. (2000). A meta analytic of the relation between antisocial behavior and neurophysiological measures of executive function. *Clinical Psychology Review*, 20, (1), 113-136.

- Moos, R. H. (1974). *Evaluating treatment environments: A social ecological approach*. New York: Wiley.
- Moos, R. H. (1985). Evaluating social resources in community and health care context. In P. Karoly (ed.), *Measurement strategies in health psychology*. New York: Wiley. P. 433-459.
- Naroll, R. (1983). *The moral order*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Nelson, J. & Chiavagatto S. (2001). Molecular basis of aggression. *Trends in Neurosciences*, 24, (12), 713-719.
- Nieves, R. E. (2000). *Aspectos del desarrollo y consistencia de la personalidad de estudiantes de Psicología: Un estudio transcultural*. Tesis doctoral. Universidad de Fribourg, Suiza.
- Oakland, T. (1992). School dropouts: Characteristics and prevention. *Applied and Preventive Psychology*, 1, 201-208.
- Ohlin, L. & Tonry, M. (1989). Family violence in perspective. In Ohlin, L & Tonry, M. (Eds), *Violence in marriage*, 1-18. Chicago: University of Chicago Press.
- Pagelow, M. (1984). *Animal models of depression*, Family Violence. New York: Praeger.
- Patterson, R. (1982) *Coercitive family process*. Eugene, OR: Castalla Publishing.
- Prinz, R. J., Blechman, E. A. & Dumas, J. E. (1994). An evaluation of peer coping skills training childhood agresión. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, (2), 193-203.
- Raine, A (1993). The psychopathology of crime: *Criminal behavior as a clinical disorder*. San Diego: Academic Press.
- Raine, A (1997). Antisocial behavior and psychophysiology: A biosocial perspective and a prefrontal dysfunction hypothesis. In D.M. Stoff, J. Breiling & J.D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior*. (289-304), New York: Wiley.
- Raine, A., Reynolds, C., Venables, P.H. & Mednick, S.A. (1997). Biosocial bases of aggressive behavior in childhood, In A. Raine, D. Farrington, P. Brennan, & S.A. Mednick (Eds.), *Unlocking crime: The biosocial Key*. (107-126). New York: Plenum.

- Ramírez-Rodríguez, J. C. & Uribe-Vázquez, G. (1993). Mujer y violencia: Un hecho cotidiano. *Salud Pública de México*. Marzo-abril, Vol.35, No. 2.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E. & Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128,(2), 330-366.
- Riggs, D. S., & O'Leary, K. D. (1989). A theoretical model of courtship aggression. In M. A. Pirog-Good & J. E. Stets (Eds.), *Violence in dating relationships: Emerging social issues* 53-71. New York: Praeger.
- Rosenbaum, A., & O'Leary, K.D. (1981b). Marital violence: Characteristics of abusive couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 63-76.
- Rosenberg, M. S. (1987). Children of battered women: The effects of witnessing violence on their social problem-solving abilities. *Behavior Therapies*, 10, 85-89.
- Rybarik, M.F., Dosch, M.F., Gilmore, G. D. & Krajewski, S. S. (1995). Violence in relationships: A seventh grade inventory of knowledge and attitudes. *Journal of Family Violence*, 10, 223-251.
- Sánchez-Sosa, J.J & Hernández-Guzmán, L. (1993). Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC). 3ra. Edición.
- Sánchez Sosa, J. & Hernández Guzmán, L. (1992). La relación con el padre como factor de riesgo psicológico en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 9, (1), 27-34.
- Serkeviortich, W. J. & Dumas, J. E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A methanalysis. *Behavior Therapy*, 27, 171-186.
- Shields, N. M., McCall, G., & Hanneke, C. R. (1988). Patterns of family and nonfamily violence: Violent husbands and violent men. *Violence and Victims*, 3, 88-97.
- Smolinski, A. Kreuz, (1997) Emotional effects of violence in the family. Elsevier Science B.V. *Violence: From Biology to Society*. J. S. Grisolia et al., editors.

- Sobell, L. C., Sobell, M. B. & Nirenberg, T. D. (1988). Behavioral assessment and treatment planning with alcohol and drug abusers: A review with an emphasis on clinical application. *Clinical Psychology Review*, 8, 19-54.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2002). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Spector, M. & Kitsuse, J. I. (1977). *Constructing social problems*. Menlo Park, CA: Benjamin Cummings.
- Straus, M. A. (1994). *Beating the devil out of them: Corporal punishment in American families*. New York: Lexington Books.
- Straus, M. A., Gelles, R. J., & Steinmetz, S. K. (1980). *Behind closed doors: Violence in the American family*. Garden City, NY: Doubleday.
- Susman, E. J. & Finkelstein, J. W. (1998). Biology, development and dangerousness. *Basic Issues in Violence Research*, 26, 23-45.
- Taylor, S. E., Repetti, R. L. & Seeman, T. E. (1997). Health Psychology: What is an unhealthy environment and how does it get under the skin? *Annual Review of Psychology*, 48, 411-447.
- Teicher, M. H. (2002). Scars that won't heal: The neurobiology of child abuse. *Scientific American*, 68-75.
- Tupin, J. (2000) The Biology of Violence. *New Directions for Mental Health Services*, no.86, Summer 2000. Jersey Bass.
- UNICEF (2001). *Violencia y maltrato*. Oficina de México, www.unicef.org.mx.
- Valdez, R. & Sanin, A. (1996). La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Pública de México*, 38, 352-362.
- Weissberg, R. P., Gesten, E. L., Rapkin, B. D., Cowen, E. L., Davidson, E., Flores de Apodaca, R., & Mckim, B. J. (1981). Evaluation of a social problem-solving training program for suburban and inner-city third-grade children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 19, 251-261.
- Wilson, S.K., Cameron, S., Jaffe, P. & Wolfe, D. (1989) Children exposed to wife abuse. *An intervention model. Social Casework*, 70, 180-184.

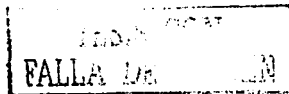
Wolf, M.M. (1978). Social validity: The case for subjective measurement or how applied behavior analysis is finding its heart. *Journal of Applied Behavior Analysis, 11*, 213-214.

Zaslow, J. & Eldred, M. (1998). *Parenting behavior in a sample young mothers in poverty: Results of the new chance observational study*. New York: Manpower demonstration research.

ANEXO 1



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



72



**PROGRAMA DE
ENTRENAMIENTO EN
HABILIDADES DE
AFRONTAMIENTO
PRO SOCIAL**

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



ABORDAJE AL PROBLEMA

El uso de la violencia domestica como estrategia de solución de conflictos es bastante utilizada y las diferentes maneras en que se intentan resolver los conflictos interpersonales y familiares son diversas.

Aún cuando desde la década de los sesentas, se reconoce como un problema social y existe información disponible acerca de la incidencia, prevalencia y causas de algunas formas de violencia familiar, es solo en los últimos años que se han documentado esquemas de trabajo clínico para su tratamiento.

La mayoría de los programas de intervención, se desarrollaron para prevenir resultados adversos específicos, debido al divorcio de los padres, bajo rendimiento escolar, exposición a la violencia, abuso sexual, entre otros. Sin embargo, mientras que estos programas enfatizaron la intervención para incidir en la mitigación de un resultado adverso en particular, pocos se dirigieron a desarrollar habilidades que fortalecieran el uso de factores protectores y estilos de afrontamiento pro social.

En los últimos años, existe consenso acerca de la necesidad de instrumentar programas de prevención que incluyan diferentes contextos del

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

individuo, como son: la escuela, el hogar y su grupo de iguales. El desarrollo de programas universales dirigidos a entrenar habilidades de afrontamiento y competencia pro social, incluyen entre otros: el entrenamiento de niños de primaria en solución de problemas, aceptación de retos, la identificación de retos controlables e incontrolables, así como el uso de recursos y apoyos sociales .

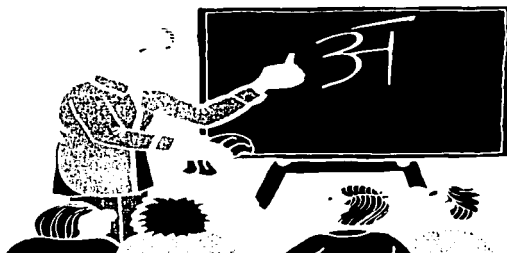
Es por lo anterior, que resulta de relevancia social, contar con un programa de intervención universal enfocado al desarrollo de factores protectores, para que familias o personas en riesgo (victimas y/o testigos de violencia), puedan utilizar sus recursos de afrontamiento y competencia social de manera acorde a sus circunstancias personales y sociales.

El programa de entrenamiento PAPS, propone inducir cambios en las habilidades de afrontamiento pro social y cambios espontáneos en la competencia social de los participantes. El mecanismo de acción central del programa, involucra una respuesta conductual al reto medioambiental. A través de las respuestas a estos retos sucesivos, el participante moldea una estrategia de afrontamiento y competencia social, que le resultará útil para continuar en una trayectoria de desarrollo determinada, como también para salir de una trayectoria y entrar a otra.

El presente programa, diseñado y evaluado originalmente para instrumentarse con menores infractores (delincuentes), fue adaptado y evaluado para jóvenes con historia de calle y victimas y/o testigos de violencia familiar en comunidades rurales, puede ser utilizado con otras poblaciones, ya que incorpora métodos que resultaron exitosos en terapia familiar estructural y terapia familiar estratégica, que se describen en una sección posterior.

Programa de entrenamiento en habilidades de Afrontamiento Pro-Social

OBJETIVO DEL MANUAL

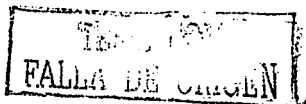


Al término de la lectura de este manual, el terapeuta (psicólogos, médicos, orientadores, trabajadores sociales, etc.) será capaz de describir y enlistar las metas, técnicas, características y componentes programáticos del Programa de entrenamiento en habilidades de Afrontamiento Pro-Social.

TESIS CON
CALA DE ORDEN

OBJETIVOS PARTICULARES

- Conocer las metas y objetivos de intervención del PAPS
- Describir y ensayar las técnicas de afrontamiento pro social que utiliza el programa.
- Conocer la estructura de las sesiones del programa de intervención
- Aplicar los cuatro componentes programáticos del PAPS durante cada una de las sesiones.
- Conocer el método de comunicación pro-social, como una estrategia para la solución de problemas y conflictos familiares.
- Informar mediante graficas la ocurrencia de conducta (s) problemática (s) de los participantes.
- Describir los procedimientos de evaluación de los participantes.

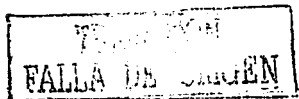


LAS METAS DEL PAPS

Esta versión del PAPS, pretende promover el establecimiento de metas flexibles de tratamiento con base en las características de la población con la que se trabajará. Por ejemplo, las metas en cuanto al proceso y los resultados de la intervención, cuando se trabaja con familias o grupos en riesgo de conflicto familiar, dependerán de los resultados identificados para esta población. En este sentido, el clínico podrá considerar para reordenar las prioridades asignadas a las metas o agregar otras metas, con base en los problemas específicos de una población en particular (familias, grupos de víctimas, victimarios, niños y adolescentes testigos de violencia). Sin embargo, nuestra principal meta es reducir la incidencia en manifestar problemas de conducta (potencialmente transgresoras).

OBJETIVOS ORIENTADOS A LOS RESULTADOS

El objetivo primordial del PAPS, aplicado a grupos en riesgo de violencia familiar (víctimas y/o testigos de violencia), es el decremento de la frecuencia de ocurrencia de conductas problemáticas.



El Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC) desarrollado por Sánchez-Sosa y Hernández Guzmán (1992), es el instrumento que se propone para medir manifestaciones de conducta problemática. Este instrumento que cuenta con índice de acuerdo inter-jueces superior al 90% y alfas de Crombach de .80 y .78 en la aplicación del instrumento para población francesa y mexicana respectivamente. Este instrumento de medición se administra previamente al tratamiento (pre-evaluación) y después del tratamiento (post evaluación conducida un mes después). Todos los participantes del PAPS, en este contexto tienen una calificación que se ubica dentro del rango clínico en la preevaluación; en este sentido, la meta es mover del rango clínico al normal al participante en la post evaluación.

METAS DEL PROCESO

Se considera que si las metas del proceso son logradas, las metas anteriormente descritas serán conseguidas con mayor facilidad. Por supuesto, la relación entre las metas de proceso y las de resultados, es una cuestión empírica a resolver. Y por consiguiente se han establecido cuatro metas de proceso primordiales:

La primera meta de proceso cuando se trabaja con problemas actuales de los participantes, se refiere al mejoramiento del funcionamiento en tres áreas: Problemas en la escuela, Problemas en el Hogar y Problemas Personales. La mejoría en dichas áreas se mide de acuerdo al auto informe y entrevista semanal. Con respecto a los problemas en la escuela, se utilizan también los registros oficiales

existentes para complementar la información obtenida en las entrevistas semanales.

La segunda meta de proceso busca lograr mayor comunicación pro social, por lo que resulta recomendable la codificación y análisis de la comunicación familiar evidenciada en grabaciones de audio o de video en una sesión PAPS, cuando se trata de escenarios clínicos o de investigación.

La tercera meta de proceso pretende la mejoría gradual en el puntaje del auto reporte de utilidad y satisfacción generado por los participantes, con relación al programa de entrenamiento. Esta medición se realiza mediante las entrevistas semanales.

La meta final de proceso, es instalar una gran sensación de optimismo respecto a la competencia social que empleará en su futuro, que se mide en la entrevista semanal con preguntas respecto al optimismo reportado con relación al tratamiento.





ESTRATEGIAS QUE PROMUEVEN EL AFRONTAMIENTO PRO SOCIAL

La meta primaria de la intervención PAPS es la reducción de problemas en la comunidad o en la escuela, en el hogar y personales de adolescentes y adultos canalizados por diversos tipos de problemas relacionados con ser víctimas o testigos de violencia. La meta secundaria de la intervención es el incrementar ampliamente la comunicación pro social en la familia o el grupo de participantes (Blechman, Dumas y Prinz, 1994; Blechman, Prinz y Dumas, 1995; Blechman, 1996). Con este propósito los terapeutas del PAPS emplean en el trabajo terapéutico dos estrategias fundamentales para promover en los participantes el empleo de una estrategia de afrontamiento eficiente.

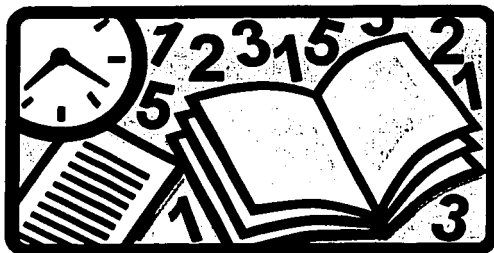
Comunicación Pro social

El empleo de la estrategia de Comunicación Pro social puede elevar el compromiso y adherencia de los participantes a través del curso de la intervención. Es una estrategia de afrontamiento al estrés que involucra interactuar con otras personas, compartir sus propios sentimientos y experiencias de manera genuina, escuchar sin prejuicio las revelaciones de otros, buscar y proporcionar apoyo social, dar y recibir buen consejo (Blechman, 1996).

Entrevista Motivacional

La entrevista motivacional es un método de comunicación terapéutica que involucra la aplicación de estilos terapéuticos que incrementan la motivación para el cambio, desarrollado por Miller y Rollnick (1991). Este método implica un manejo terapéutico que en varios aspectos, puede modelar y promover la comunicación pro social. Por tanto, los terapeutas del PAPS son entrenados para usar este método en sus interacciones con los participantes del grupo o miembros de la familia. En la siguiente sección, se describe la forma en que los terapeutas del PAPS aplican las estrategias de la entrevista motivacional para promover el afrontamiento pro social.

ESTRUCTURA DEL TRABAJO TERAPEUTICO.



La estructura del programa de intervención, nos permite conocer el interés de los participantes y también ajustar ese interés al sistema de trabajo terapéutico del PAPS. Esto se realiza mediante “**declaraciones estructuradas**” que encadenan el interés de los participantes a los procedimientos y metas del PAPS (por ejemplo. “por esto tenemos reglas familiares y establecemos un plan para ayudar a resolver esos otros problemas que ustedes acaban de descubrir”). La estructura de las sesiones con el empleo de “declaraciones”, permite al terapeuta del PAPS asegurarse de que el trabajo de intervención se lleva a cabo. Así por ejemplo, cuando un participante trae un nuevo problema cuando está finalizando una sesión del PAPS, el terapeuta puede usar “declaraciones

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

estructuradas", tales como: "Ese será un gran tema a tratar durante nuestra próxima reunión".

Escuchar reflexivamente: Al escuchar reflexivamente, el terapeuta del PAPS, escucha tan atentamente que puede repetir las palabras del participante en forma resumida y obtener la confirmación de éste, "entendió usted correctamente lo que yo estaba diciendo y a lo que me refería". La técnica de escuchar reflexivamente, se utiliza para asegurar: a) la comunicación armónica entre el terapeuta PAPS y los miembros del grupo, b) para impulsar a los participantes a mejorar respecto a la honestidad y c) para exponer sin miedo malos entendidos y descubrir así, información importante. También es recomendado su uso durante el establecimiento del Plan, cuando los miembros del grupo establecen los elementos del plan y los indicadores de avance para considerar tener éxito.

Preguntas Confirmatorias: las preguntas confirmatorias se utilizan para que el participante emplee las "declaraciones estructuradas" como una forma de auto instrucción, auto motivación, o auto declaración. También se usan para aconsejar, instruir, exhortar o para finalizar algunas cuestiones. Las preguntas confirmatorias son abiertas y concluyentes, se relacionan con un propósito concreto y pretende del participante, una respuesta que contribuya a obtener su meta. Formular una pregunta confirmatoria efectiva, requiere que el terapeuta del PAPS tenga presente el objetivo que se persigue en ese momento y en dicha sesión. Dichas preguntas confirmatorias llevarán

al participante, a pensar en voz alta, respecto al tema o problema que se encuentra bajo discusión en ese momento.

Encuadre: Esta técnica se utiliza para dar un giro positivo a la ambivalencia del participante. Mas allá de participar en una confrontación con los participantes que se resisten, en el encuadre se muestran ambos lados de la ambivalencia; aportando un punto de vista optimista que motivara al participante a tener disposición para comprometerse al cambio. El encuadre, por lo tanto, señala las consecuencias positivas y negativas de actos potenciales y pretende que el participante tome decisiones con base en este balance decisional.

Reforzamiento Positivo del Afrontamiento Pro social: Los principios del aprendizaje social sugieren que la mejor estrategia para reforzar los comportamientos sociales (por ejemplo: comprometerse con las tareas del PAPS como se requiere) por medio de la atención y las alabanzas descriptivas. Cuando los participantes se involucran en comportamientos inapropiados o indeseables, la mejor estrategia será retomar la dirección de la situación en forma sutil (por ejemplo, emplear estrategias de comunicación pro social, en lugar de dar atención directa, o criticar las conductas inapropiadas). Este proceso llamado "atención selectiva" (Blechman, 1985), es usado con reforzamiento positivo de conductas deseables. La aplicación de esta técnica a un problema de conducta durante las sesiones de tratamiento, cumple con dos propósitos: a) que el comportamiento sea menos factible de repetirse y, b) provee un ejemplo para los miembros

de la familia o del grupo sobre que hacer respecto a problemas de conducta.

EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

OBJETIVOS

Al finalizar el PAPS los participantes serán capaces de:

1. Reducir problemas comunitarios, familiares y personales en el programa, auto reportados.
2. Incrementar el empleo de la comunicación pro-social para interactuar con los miembros de la familia o grupo de referencia.

Objetivos particulares

El participante durante el programa de intervención, conocerá y ensayará las siguientes habilidades:

- Identificar su problemática personal o familiar
- Informar de la ocurrencia de su problema mediante el auto reporte
- Proponer soluciones ante un problema.
- Elaborar un plan para solucionar un problema
- Realizar las tareas solicitadas

**Programa de entrenamiento en
habilidades de Afrontamiento Pro-Social**

PROCEDIMIENTO GENERAL

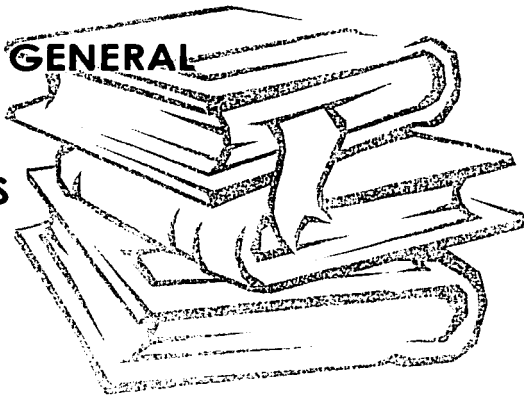
DESCRIPCION GENERAL

Y

LINEAMIENTOS

PARA

LAS SESIONES



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Descripción General

- ❖ El PAPS deberá ser conducido en sesiones semanales por alrededor de tres meses.
- ❖ El terapeuta trabajara con familias o grupos de personas que manifiesten constantes problemas entre sus miembros.
- ❖ Las 12 sesiones de tratamiento se enfocarán a la resolución de problemas en la escuela o comunidad, familiares y personales.
- ❖ Las primeras cuatro sesiones se enfocarán a la enseñanza de estrategias de resolución del primer problema, el progreso obtenido en la adquisición de estas estrategias, llevará a los participantes a iniciar el trabajo terapéutico durante las siguientes cuatro sesiones para el siguiente problema. Las sesiones restantes se emplearán para proporcionar a los miembros del grupo o la familia, estrategias de afrontamiento para la resolución de sus problemas personales.
- ❖ El terapeuta, deberá realizar evaluaciones semanales que proporcionen los datos en relación con el tipo y frecuencia de problema(s), mediante un cuestionario previamente elaborado para tal finalidad. **(ver anexo1)**
- ❖ El terapeuta, deberá evaluar a los participantes antes y un mes después de concluir el programa. **(vea anexo 2)**

Lineamientos para las Sesiones

- La duración de cada sesión será de 90 a 120 minutos aproximadamente.
- Todas las sesiones serán conducidas empleando en el mismo orden, los cuatro componentes programáticos (ejercicio del encuentro, ejercicio de la reunión, ejercicio de las reglas familiares y ejercicio del plan), así como un periodo de conclusiones.
- Los ejercicios programados para cada sesión están diseñados para que los participantes, inicien acciones de inmediata solución para sus problemas y se involucren en un proceso de adquisición de habilidades de afrontamiento y comunicación pro-social.
- Durante las sesiones se espera que los participantes adquieran y ensayen las habilidades de comunicación pro-social.
- En cada sesión el terapeuta, basándose en las "declaraciones descriptivas" incluidas en el manual de procedimientos del PAPS, presentará a los participantes los componentes programáticos en el siguiente orden:
 1. Ejercicio del Encuentro,
 2. Ejercicio de la Reunión,
 3. Ejercicio de las Reglas
 4. Ejercicio del Plan y
 5. Conclusiones.

Programa de entrenamiento en
habilidades de **A**frontamiento **Pro-S**ocial

PROCEDIMIENTO DE INTERVENCION

COMPONENTES

PROGRAMÁTICOS:

Ejercicio del Encuentro,
Ejercicio de la Reunión,
Ejercicio de las Reglas,
Ejercicio del Plan y
Conclusiones.

TESIS CON
FALLA DE URGEN

1. EJERCICIO DEL DESCUBRIMIENTO



PROPÓSITO:

El ejercicio del descubrimiento abre la sesión, identificando o "descubriendo", la problemática actual de los participantes o en particular de un miembro de la familia.

OBJETIVOS:

Al término de este ejercicio:

- Los miembros del grupo conocerán la magnitud de su problema, permitiendo que adquieran una mejor comprensión de su situación actual.
- Los participantes estarán motivados hacia realizar un cambio para dar solución a su problemática.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROCEDIMIENTO:

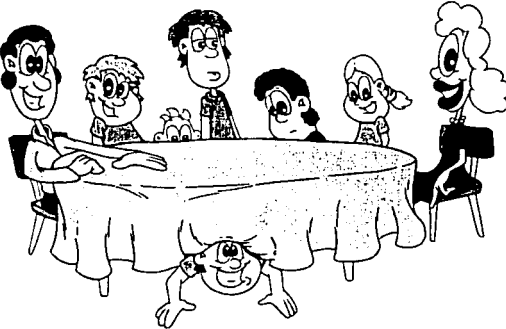
La duración del ejercicio será aproximadamente de cinco a diez minutos y el terapeuta presentará la siguiente declaración estructurada:

"El propósito del PAPS es capacitar a los participantes a resolver problemas en su comunidad, familiares y personales. La información que proporcionan semanalmente, servirá para hacer reportes que incluyan gráficas que indiquen el número de días con problemas. La información de las gráficas nos va a dar la oportunidad de observar el progreso que estamos teniendo, y también nos va a indicar si el plan que establecimos esta funcionando o si necesitamos refinarlo para que funcione mejor. Cuando observemos que hay un mejoramiento en el problema por tres semanas consecutivas, procederemos a trabajar con otros temas que trataremos más tarde dentro del programa"

Con el propósito de verificar si los participantes entendieron el ejercicio y para clarificar los beneficios del mismo, el terapeuta hará las siguientes ***preguntas confirmatorias***:

1. *¿ Quién puede recordar el propósito del ejercicio del descubrimiento?*
2. *¿Quién identificó su problema?*
3. *¿ Qué nos dicen las gráficas?*
4. *¿ De donde proviene la información que está en las gráficas?*
5. *¿Para qué revisamos esa información?*

2. EJERCICIO DE LA REUNION



PROPÓSITO:

“El ejercicio de la Reunión” tiene la tarea de establecer rapport entre cada uno de los miembros del grupo o de la familia, así como con el terapeuta. Adicionalmente es el componente programático para modelar y promover comunicación pro social entre los participantes.

TESIS CON
FALLA DE SEREN

OBJETIVOS:

Al término del ejercicio los participantes:

- Participarán en el proceso de intercambio de información entre ellos, promoviendo el compartir experiencias, escuchando con atención y en silencio los relatos de otros con respeto y tolerancia.
- Mejorarán las habilidades de comunicación pro-social tales como:
 - o Hablar de sus preocupaciones
 - o Habituarse al distrés de cada miembro del grupo
 - o Descubrir formas de recibir y dar apoyo social
 - o Re-evaluar experiencias (experiencias comunes en el caso de familias)
 - o Demostrar sentimientos de aceptación y respeto hacia los otros participantes o miembros de la familia.

PROCEDIMIENTO:

La duración de este ejercicio es de 10 a 15 minutos aproximadamente. En la primera sesión de este ejercicio, el terapeuta presentará la siguiente declaración estructurada:

“El propósito del Ejercicio de la Reunión es ayudar a los integrantes del grupo o la familia para que hablen

abiertamente y escuchen con aceptación a los demás miembros. En el ejercicio de la Reunión cada participante tendrá la misma oportunidad y el mismo tiempo (2 minutos) para hablar sin interrupciones. En todas las sesiones cada miembro del grupo participará en orden aleatorio. El orden de participación estará determinado por una lista de nombres que cambiará en cada sesión. Para las sesiones futuras, este tiempo será utilizado para hablar de dos cosas que le han sucedido en la última semana – una buena y una mala. Para esta primera sesión, cada persona hablará de dos cosas que lo hacen ser especial. Mientras alguien este hablando durante el tiempo de la reunión, los otros miembros guardarán silencio y escucharán atentamente, recordando los detalles acerca de lo que se esta diciendo. Los miembros del grupo no interrumpirán al interlocutor y no se permitirá que se hable negativamente acerca de otros. Después de que cada uno ha tenido oportunidad de hablar y escuchar, veremos que tan bien recuerdan lo que se habló durante la sesión.”

En las sesiones subsecuentes el terapeuta utiliza las *preguntas confirmatorias* para motivar la participación y razonamiento de todos los miembros de la familia durante este ejercicio.

Preguntas confirmatorias:

1. ¿Quién puede recordar el propósito del Ejercicio de la Reunión?
2. ¿Quién puede recordar cuál es la función del receptor mientras alguien esta hablando?
3. ¿Esta bien que el que escucha interrumpa?
4. ¿Por qué no/ sí?
5. ¿Esta bien que el receptor de consejo?
6. ¿Esta bien que el receptor critique?
7. ¿Que sucede después de que cada integrante de la familia ha escuchado a los otros sin interrupción y crítica?
8. ¿Qué sucede después de que cada participante externo sus preocupaciones o sentimientos ante los integrantes de su familia?

3. EJERCICIO DE LAS REGLAS



PROPOSITO:

El ejercicio de las reglas tiene la finalidad de guiar el manejo de la conducta y proporcionar un esquema mediante el cual los participantes pueden apoyarse para crear, fortalecer y apegarse a las reglas establecidas.

OBJETIVOS:

Los participantes:

- Aprenderán la importancia de que las reglas sean concensadas, claras, concisas y alcanzables.
- Reconocerán el valor de seguir las reglas, no en el sentido de evitar castigo, sino para contribuir en el bienestar personal, de la familia y de la sociedad en general.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Aprenderán a utilizar el esquema proporcionado dentro de las sesiones.
- Adquirirán la habilidad de utilizar el esquema proporcionado en sus interacciones cotidianas y en las estrategias de afrontamiento empleadas.
- Promoverán la generalización y mantenimiento de las nuevas habilidades adquiridas con base en el esquema aprendido durante las sesiones.

•
PROCEDIMIENTO:

Este ejercicio tiene una duración de 15 minutos aproximadamente. El terapeuta no debe imponer las reglas, ya que dicha imposición podría producir que los participantes no adquieran las habilidades a entrenar y reduciría significativamente el apego al tratamiento. El terapeuta presentará la siguiente declaración estructurada:

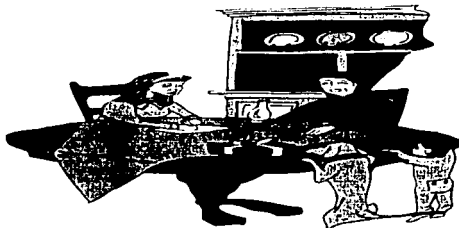
“El propósito de este ejercicio es ayudar a que la familia pueda acordar reglas bajo las cuales considere una conducta como apropiada y aceptable, así como las consecuencias que se establecerán y todos acatarán. Las reglas familiares que discutiremos en estas sesiones ayudarán a todos los miembros de la familia a conocer lo que se espera de ellos. Las reglas no resuelven nada por sí mismas, solo son buenas

cuando se han decidido bien y son aplicadas consistentemente. Las reglas nos permiten llevarnos mejor al clarificar las expectativas y consecuencias cuando se hace algo, entonces esto aminora que haya confusión y malos entendidos”.

Preguntas Confirmatorias:

1. ¿Quién puede recordar el propósito del ejercicio de las reglas?
2. ¿Cómo se llegó a un acuerdo de las reglas propuestas?
3. ¿Qué consecuencias tiene el seguir las reglas?
4. ¿Por qué es importante que todos estemos de acuerdo en seguir las reglas?
5. ¿Qué sucede cuando todos entendemos las reglas y acordamos seguirlas?

4. EJERCICIO DEL PLAN



PROPOSITO:

Este ejercicio tiene la tarea primordial de enseñar a los participantes, el empleo de la estrategia de comunicación pro-social en la resolución de problemas mediante la aplicación de reglas acordadas para circunstancias específicas.

OBJETIVOS:

Los participantes:

- Diseñarán un plan para aplicar las reglas establecidas, en el ejercicio anterior, que tenga sentido para ellos, y sea práctico para reducir los problemas a la medida de sus necesidades .

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Promoverán la generalización y mantenimiento de las nuevas habilidades adquiridas, con base en la estrategia de resolución de problemas aprendidas a lo largo de las sesiones.

PROCEDIMIENTO:

Este ejercicio tiene una duración de 30 a 35 minutos aproximadamente. El terapeuta presentará el formato del Plan Familiar, así como la siguiente declaración estructurada:

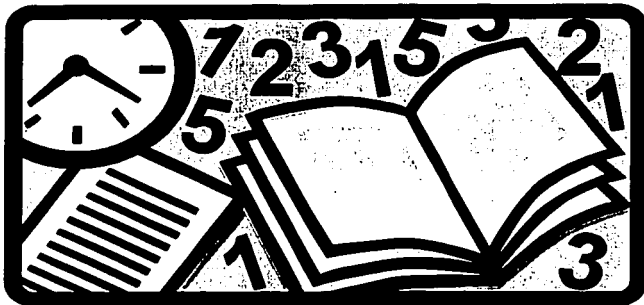
"El propósito del Ejercicio del Plan es ayudar a los participantes o miembros de la familia a tener más días buenos, es decir sin problemas. Este es el momento en que los participantes discutirán cómo las reglas acordadas pueden ser usadas para manejar sus problemas reales (mencionar el problema que se está tratando en esa sesión). Una vez que observemos progreso en la reducción de los problemas en la comunidad, entonces pasaremos a manejar problemas familiares y personales".

Preguntas Confirmatorias:

1. Ahora vamos a hacer el plan:
2. ¿Cómo llegaron a un acuerdo en el plan?
3. ¿Qué les parece el plan?

4. ¿Cómo sabemos cuando tenemos que revisar el plan o iniciar el manejo de otro tipo de problema?
5. ¿Qué tiene que ver el plan con las reglas?
6. ¿Por qué todos deben contribuir a diseñar el plan?

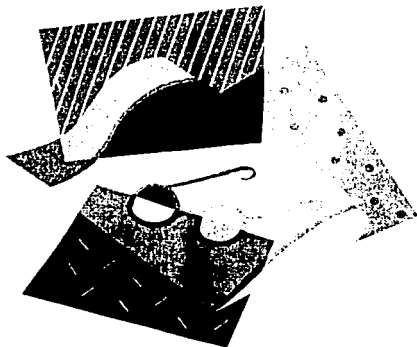
5. CONCLUSIONES



Se finaliza la sesión haciendo un resumen de la sesión, preguntando si tienen alguna duda y se entrega la "tarea individual" recordando a los participantes que es necesario traerla para la próxima sesión y se agradece su participación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO



CONFERENCIAS INFORMATIVAS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Guión de conferencias sobre violencia familiar.

La enseñanza de los valores dentro del contexto familiar, es uno de los puntos más importantes, ya que estos constituirán en gran medida la manera de comportarse y de conducirse dentro de la sociedad, el inculcar y reforzar estos valores a medida que vayan creciendo, hará de adultos responsables y respetuosos de sí mismos y de los demás.

La falta de comunicación con los padres, es una de los principales problemas que enfrentan los adolescentes y todos los miembros de la familia, ya que por la falta de comunicación, buscan maneras de refugiarse en el alcohol, las drogas, etc., estas conductas a veces no son observadas por lo padres o es demasiado tarde por lo que se considera importante un acercamiento entre padres-hijos ya que es la única forma de poderlos orientar.

Toda persona tiene derecho a vivir en un ambiente de respeto a su integridad física y mental, pero también tiene la obligación de respetar y proteger a quienes estén bajo su cuidado, y evitar todas aquellas conductas que generan violencia familiar.

Por violencia familiar se entiende como la agresión que se comete en el hogar contra algún miembro de la familia o por alguien de la misma familia; este daño se produce al invadir o violar los espacios de la otra persona sin su permiso.

Las agresiones que se presentan con mayor frecuencia son:

- -Agresiones físicas, como golpes, manoseos o actos sexuales no deseados.
- Agresiones verbales, como ofensas, gritos, insultos, humillaciones o amenazas.
- No dar cuidados que requiere cada miembro de la familia según su edad, sexo o estado de salud.
- Cualquier otra conducta que cause daño físico o emocional.

Los integrantes de la familia que sufren este problema con mayor frecuencia son las mujeres, niños, adultos mayores y discapacitados.

La violencia familiar se manifiesta a través de tres tipos de maltrato: físico, psicoemocional y sexual.

1. Maltrato físico: Es la agresión que una persona ejerza sobre otra de una manera intencional, con el fin de causar daño a su integridad física.
2. Maltrato psicoemocional: Este hecho se expresa a través de la enemistad, la indiferencia y desvalorización de algún miembro de la familia respecto a sus opiniones, su cuerpo y las tareas que realiza.
3. Maltrato sexual: Consiste en actos repetidos, cuyas formas de expresión pueden ser inducir a la realización de prácticas sexuales no deseadas o que causen dolor y manipulación o dominio de la pareja y que generen un daño.

La violencia familiar más común es la del esposo a la esposa y de la madre a los hijos.

Factores de riesgo: Los factores culturales es el proceso de socialización en el que se transmiten los valores y normas de una sociedad con el fin de que se reproduzcan, esto se va a lograr a través de la familia, la escuela, la iglesia y los medios de comunicación, lo cual influye para que la violencia se vea de una manera privada y justificable.

En la familia, desde muy pequeños se aprende que el padre es el proveedor y el símbolo de la autoridad sobre la mujer y los hijos, la madre se ocupa de las labores domésticas y de la crianza de los hijos, a pesar de que muchas veces es el soporte económico, es concebida como débil y dependiente. Por ejemplo, no planchar la camisa, servir la comida fría, no tener la casa limpia, es motivo para que un hombre maltrate y además se culpe a la mujer de la agresión.

En la escuela se refuerzan los comportamientos aprendidos en la familia, ya que las maestras y los maestros realizan actividades propias de su sexo.

La iglesia constituye una guía de valores que interpreta la diferencia entre lo bueno y lo malo, también refuerza los estereotipos de obediencia y sumisión de la mujer.

Los medios de comunicación, principalmente la televisión transmite mensajes de una realidad que esta fuera de nuestro alcance, así como también la fuerza que tiene el hombre hacia la mujer y los hijos y de familias que son patriarcados.

Los factores sociales pueden ser la pobreza, el desempleo, el bajo nivel escolar y el gran número de hijos, los cuales pueden causar mucha angustia y tristeza, por lo que muchas familias pueden presentar algún tipo de violencia intrafamiliar, otros de los causantes de la violencia pueden ser el exceso de consumo de alcohol y drogas.

Círculo del maltrato: Está compuesto por tres fases, la tensión, el episodio de violencia y la luna de miel. La fase de tensión se caracteriza por una escala gradual de tensión que tiene como origen los problemas cotidianos y se manifiesta con agresiones pasivas; estas tensiones aumentan hasta llegar a su punto culminante en la fase de agresión, donde el episodio puede empezar con maltrato psicoemocional (insultos, prohibiciones, etc.) y llegar a los abusos físicos y sexuales. En la luna de miel, el agresor siente culpa por lo ocurrido, pide perdón y demuestra su arrepentimiento de diferentes formas, con el objetivo de reparar el daño, promete que no volverá a ocurrir y que va a cambiar. Las personas que sufren algún tipo de maltrato suelen aislarse, ya que ellas no quieren compartir lo que les sucede, muchas veces por miedo o vergüenza; tratar de romper este aislamiento es muy difícil, por lo que buscan relaciones con personas abusivas, es como haber aprendido que amor y violencia son cosas que van juntas. Esto lleva a que la mujer maltratada utilice la violencia contra sus hijos u otros seres queridos. En la medida que la persona maltratada no tome conciencia de que existe un problema, le será más difícil salir del círculo de la violencia. Para poder salir del círculo es necesario hacer conciencia de la problemática, reconocer que la violencia familiar no es algo normal ni natural.

Consecuencias: Estas pueden ser muy variables, depende del tipo de violencia que se esté ejerciendo y del agresor, pero las más comunes son: baja autoestima, cuadros depresivos, ideas suicidas, miedo, ansiedad, insomnio, dificultad para relacionarse socialmente, irritabilidad, inseguridad e incapacidad para tomar decisiones.

ANEXO 3

PROCESO DE EVALUACIÓN

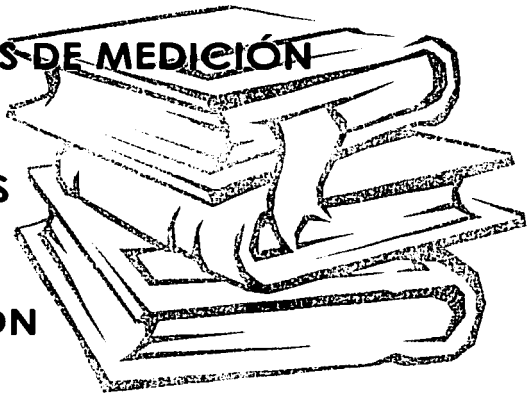
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Y

LINEAMIENTOS

PARA

SU APLICACIÓN



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROCESO DE EVALUACION

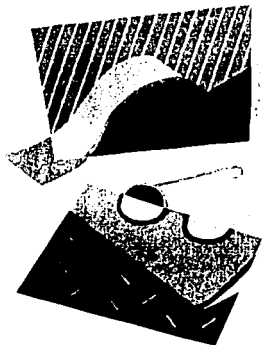
El protocolo de evaluación que se recomienda emplear en escenarios clínicos y de investigación, esta conformado por dos formas de evaluación: una orientada a resultados y otra, que evalúa y monitorea el proceso de intervención. Adicionalmente, se incorpora un formato de "Acuerdo de servicios voluntarios" que el usuario firma voluntariamente.

Evaluación de resultados

Para realizar la evaluación de resultados se selecciono el Inventario de salud, estilos de crianza y comportamiento (SEVIC) desarrollado por Sánchez- Sosa y Hernández-Guzmán (1993), fue aplicado antes y un mes después de la intervención. Este instrumento de evaluación permite obtener un esquema integral de cada uno de los participantes y cuenta con altos índices de confiabilidad en su aplicación con diversas poblaciones (consultar Hernández Guzmán & Sánchez Sosa, 1997; Mam Gmora. 1998; Zendejas. A, 1998; Jurado C, 2000).

Adicionalmente, el SEVIC cuenta con dos versiones, para niños y adultos. En su versión para adultos, el inventario está compuesto por tres secciones: la primera integrada por 98 reactivos que miden

desajustes psicológicos; la segunda consiste en 14 reactivos que recolectan información socioeconómica y la última sección se compone por 106 reactivos que recogen información sobre estilos de vida, interacción familiar y crianza del individuo como variables que van desde la estructura familiar, pasando por su funcionalidad, hasta aspectos específicos de la calidad de la interacción individual y familiar desde la infancia hasta el momento de la aplicación.



**Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento
(SEViC)**

113

TESIS CON
FALLA DE CUBRILLO

INSTRUCCIONES:

Por favor, escoja la opción que refleje mejor su propio caso, rellenando completamente el círculo correspondiente en la hoja de respuesta. Recuerde no hay respuestas buenas, ni malas, por lo tanto no se preocupe por puntajes ni calificaciones. Lea cuidadosamente cada pregunta y conteste con la verdad. Si tiene alguna pregunta o duda, con toda confianza pregunte al evaluador.

EJEMPLO:

En un día normal yo hago:

Una comida

Dos comidas

Tres comidas

Si usted escoge la opción "b" quiere decir que un día normal usted hace dos comidas, por lo tanto debe rellenar el círculo correspondiente a la letra "b".

De antemano, muchas gracias por su cooperación.

1. En cuanto a su peso, está:

- a. Por debajo de él
- b. En su peso
- c. Por arriba de él

2. Tengo movimientos que no controlo en mi cuerpo, (por ejemplo parpadear, jalones de cuello, encoger los hombros, gestos con la cara, etc.):

- a. Nunca
- b. A veces sí, a veces no
- c. Siempre o casi siempre

3. Tartamudeo al hablar (por ejemplo: repito o estiro sonidos o sílabas al hablar):

- a. Siempre o casi siempre
- b. A veces sí, a veces no

1. En cuanto a su peso, está:

- c. Nunca

4. Tomo bebidas alcohólicas:

- a. Nunca
- b. A veces sí, a veces no
- c. Siempre o casi siempre

5. Fumo (cigarros de tabaco)

- a. Entre diez cigarros y una cajetilla al día
- b. Más de dos cajetillas al día
- c. No fumó

6. Tomo pastillas que me hacen sentir bien, sin que tenga necesidad de ellas:

- a. Nunca
- b. A veces sí, a veces no
- c. Siempre o casi siempre

7. Fumo marihuana:

- a. Siempre o casi siempre
- b. A veces sí, a veces no
- c. Nunca

8. Uso cocaína:

- a. Nunca
- b. A veces sí, a veces no
- c. Siempre o casi siempre

9. Huelo o inhalo thinner, cemento o solventes (gasolina, alcohol, acetona, etc.):

- a. Siempre o casi siempre
- b. A veces sí, a veces no
- c. Nunca

10. Tomo pastillas para dormir o cuando me siento nervioso (a):
- Nunca
 - A veces sí, a veces no
 - Siempre o casi siempre
11. Me siento demasiado acelerado (a) u optimista sin razón:
- Siempre o casi siempre
 - A veces sí, a veces no
 - Nunca
12. Siento que la gente me quiere hacer un daño o lastimar.
- Nunca
 - A veces sí, a veces no
 - Siempre o casi siempre
13. No me puedo concentrar o me distraigo fácilmente:
- Nunca
 - A veces sí, a veces no
 - Siempre o casi siempre
14. Me cuesta trabajo dormir:
- Siempre o casi siempre
 - A veces sí, a veces no
 - Nunca
15. Me siento triste sin razón:
- Nunca
 - A veces sí, a veces no
 - Siempre o casi siempre
16. Me dan ganas de quedarme acostado (a) todo el día, aunque haya dormido bien en la noche:
- Siempre o casi siempre
 - A veces sí, a veces no
 - Nunca
17. Siento que no valgo mucho:
- Nunca
 - A veces sí, a veces no
 - Siempre o casi siempre
18. Siento que no soy triunfador:
- Siempre o casi siempre
 - A veces sí, a veces no
 - Nunca
19. Tengo poca esperanza de resolver mis problemas:

- a. Siempre o casi siempre
- b. A veces sí, a veces no
- c. Nunca

20. Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror:

- a. Nunca
- b. A veces sí, a veces no
- c. Siempre o casi siempre

21. Me preocupo mucho cuando tengo que hablar ante gente que no conozco:

- a. Siempre o casi siempre
- b. A veces sí, a veces no
- c. Nunca

22. A veces siento tanto miedo, que quisiera salir corriendo:

- a. Nunca
- b. A veces sí, a veces no
- c. Siempre o casi siempre

23. Me dan ganas de vomitar:

- a. Nunca
- b. A veces sí, a veces no
- c. Siempre o casi siempre

24. Me dan dolores en el estómago, la panza o la barriga:

- a. Siempre o casi siempre
- b. A veces sí, a veces no
- c. Nunca

25. Me da diarrea (chorro o chorrillo):

- a. Siempre o casi siempre
- b. A veces sí, a veces no
- c. Nunca

26. Me siento inflado, con gases en la barriga:

- a. Nunca
- b. A veces sí, a veces no
- c. Siempre o casi siempre

27. Me dan dolores en las manos y los brazos, o en las piernas y los pies:

- a. Nunca
- b. A veces sí, a veces no
- c. Siempre o casi siempre

28. Me dan dolores en la espalda:

- a. Siempre o casi siempre
- b. A veces sí, a veces no

c. Nunca

29. Me dan dolores de cabeza:

a. Nunca

b. A veces sí, a veces no

c. Siempre o casi siempre

30. Siente como que le falta el aire aunque no esté haciendo ejercicio:

a. Nunca

b. A veces sí, a veces no

c. Siempre o casi siempre

31. Siente palpitaciones, como si el corazón le latiera muy fuerte o rápido:

a. Siempre o casi siempre

b. A veces sí, a veces no

c. Nunca

32. Le dan dolores en el pecho:

a. Nunca

b. A veces sí, a veces no

c. Siempre o casi siempre

33. Le dan mareos

a. Siempre o casi siempre

b. A veces sí, a veces no

c. Nunca

34. Se le olvidan las cosas, la memoria le falla

a. Nunca

b. A veces sí, a veces no

c. Siempre o casi siempre

35. Siente debilidad en los músculos o como si no los pudiera mover

a. Siempre o casi siempre

b. A veces sí, a veces no

c. Nunca

36. Siente dolor cuando tiene relaciones sexuales:

a. Siempre o casi siempre

b. A veces sí, a veces no

c. Nunca

37. Le cuesta trabajo excitarse o mantenerse excitado(a) sexualmente aunque tenga ganas de estarlo

a. Nunca

b. A veces sí, a veces no

c. Siempre o casi siempre

**SI ES HOMBRE, POR FAVOR SÁLTESE LAS PREGUNTAS DE LA 38 A LA 41
Y PASE A LA PREGUNTA 42**

38. Tiene dolores cuando tiene la regla:

- a. Siempre o casi siempre
- b. A veces sí, a veces no
- c. Nunca

39. Sus reglas son irregulares:

- a. Nunca
- b. A veces sí, a veces no
- c. Siempre o casi siempre

40. Tiene mucho sangrado cuando regla:

- a. Siempre o casi siempre
- b. A veces sí, a veces no
- c. Nunca

41. Cuando se embaraza le dan vómitos:

- a. Nunca
- b. A veces sí, a veces no
- c. Siempre o casi siempre

42. Su pareja le gusta y le parece atractiva sexualmente:

- a. Siempre o casi siempre
- b. A veces sí, a veces no
- c. Nunca

43. Le atraen sexualmente otros adultos del sexo opuesto:

- a. Nunca
- b. A veces sí, a veces no
- c. Siempre o casi siempre

44. Le atraen sexualmente otros adultos de su mismo sexo:

- a. Siempre o casi siempre
- b. A veces sí, a veces no
- c. Nunca

45. Le atraen sexualmente niños(as) del sexo opuesto:

- a. Nunca
- b. A veces sí, a veces no
- c. Siempre o casi siempre

46. Le atraen sexualmente niños(as) de su mismo sexo:

- a. Siempre o casi siempre
- b. A veces sí a veces no

c. Nunca

47. Le gusta sentir dolor cuando tiene relaciones sexuales:

- a. Siempre o casi siempre
- b. A veces sí, a veces no
- c. Nunca

48. Le gusta hacerle daño o causarle dolor a su pareja cuando tienen relaciones sexuales:

- a. Nunca
- b. A veces sí, a veces no
- c. Siempre o casi siempre

49. La posibilidad de tener relaciones sexuales (o el tenerlas) le preocupa:

- a. Nunca
- b. A veces sí, a veces no
- c. Siempre o casi siempre

50. Tiene pesadillas o sueños que le asustan mucho:

- a. Nunca
- b. A veces sí, a veces no
- c. Siempre o casi siempre

51. Se despierta gritando, con mucho miedo o terror:

- a. Siempre o casi siempre
- b. A veces sí, a veces no
- c. Nunca

52. Es sonámbulo(a), o camina dormido(a)

- a. Siempre o casi siempre
- b. A veces sí, a veces no
- c. Nunca

SI NO TIENE PAREJA, SÁLTESE DE LA PREGUNTA 53 A LA 59 Y PASE A LA PREGUNTA 60

53. Siente que su pareja no le hace caso o lo (a) maltrata:

- a. Nunca
- b. A veces sí, a veces no
- c. Siempre o casi siempre

54. Pelea con su pareja:

- a. Siempre o casi siempre
- b. A veces sí, a veces no
- c. Nunca

55. Las peleas llegan a los golpes, jalones, empujones:

- a. Nunca
- b. A veces sí, a veces no
- c. Siempre o casi siempre

56. Cuando pelean, el enojo les dura:

- a. Minutos u horas
- b. Días
- c. Semanas

57. Cuando o cómo resuelven generalmente las peleas:

- a. Su pareja o usted gana
- b. Dejan el asunto a un lado hasta que se les olvida
- c. Su pareja y usted platican y llegan a un acuerdo

58. En general, su matrimonio o unión libre ha sido:

- a. Insatisfactorio
- b. Un poco satisfactorio
- c. Muy satisfactorio

59. Ha pensado en separarse o en divorciarse:

- a. Siempre o casi siempre
- b. A veces sí, a veces no
- c. Nunca

60. Para educar, corregir, disciplinar a sus hijos o a otros niños, les pega (manazos, cinturonzos, pellizcos etc...):

- a. Nunca
- b. A veces sí, a veces no
- c. Siempre o casi siempre

61. Cuando se enoja mucho, grita o insulta:

- a. Siempre o casi siempre
- b. A veces sí, a veces no
- c. Nunca

62. Cuando se enoja mucho, empuja o pega:

- a. Siempre o casi siempre
- b. A veces sí, a veces no
- c. Nunca

63. Sus conocidos piensan que es muy agresivo (a):

- a. Siempre o casi siempre
- b. A veces sí, a veces no
- c. Nunca

64. De los problemas que ya le habló, ¿alguno le ha molestado por mucho tiempo?

- b. De 2 meses a 1 año
- c. 5 años o más

74. Ha tenido problemas sexuales durante:

- a. Una semana a 1 mes
- b. De 1 a 4 años
- c. 5 años o más

75. Ha tenido problemas para dormir durante:

- a. Una semana a 1 mes
- b. 2 a 5 meses
- c. 5 años o más

76. Ha tenido problemas con su pareja (esposo, esposa) durante:

- a. Una semana a 1 mes
- b. 2 meses a 1 año
- c. 5 años o más

77. Piensa que la comunicación que tiene con sus familiares actualmente es:

- a. Mala
- b. Regular
- c. Buena

78. Ha tenido problemas por su agresividad durante:

- a. Una semana a 1 mes
- b. 2 meses a 1 año
- c. 5 años o más

79. ¿Cuántos años tiene?

- a. de 15 a 20 años
- b. de 21 a 40 años
- c. Más de 40 años

80. Sexo :

- a. Masculino
- b. Femenino

81. ¿Cuál es su estado civil?:

- a. soltero (a)
- b. casado (a)
- c. unión libre
- d. separado (a)
- e. divorciado (a)
- f. viudo (a)

82. Si es casado (a) o vive en unión libre, ¿desde cuándo?

- a. menos de 1 año
- b. 2 a 5 años

c. 5 años o más

83. ¿Hasta dónde estudió?:

- a. Nunca fui a la escuela
- b. Primaria, secundaria, comercio o técnico
- c. Bachillerato

84. ¿Cuál es su lugar de nacimiento?:

- a. Distrito Federal
- b. Provincia
- c. Extranjero

85. Cuando usted era niño (a) (como de 5 a 14 años de edad), la situación económica de su familia era:

- a. Apoyada por alguna institución
- b. Clase trabajadora
- c. Clase media

86. En este tiempo su nivel económico es:

- a. Apoyada por alguna institución
- b. Clase trabajadora
- c. Clase media

87. Ha vivido en _____ durante:

- a. Menos de un año
- b. 3 a 5 años
- c. 5 o más años

88. ¿Cuántos hermanos tiene?

- a. 1 a 3 hermano(a)s
- b. 4 a 6 hermanos (as)
- c. 7 o más hermanos (as)

89. ¿Qué lugar ocupa en su familia en cuanto a sus hermanos?

- a. Primero (a) o segunda (o)
- b. Tercero(a) a quinto(a) o posterior
- c. Último (a)

90. El hermano (a) de su mismo sexo que le sigue es mayor que usted ¿Cuántos años?

- a. 1 a 2 años
- b. 3 a 5 años
- c. 6 o más años

91. En general, la relación con su(s) hermano(s)(as) ha sido:

- a. Muy mala
- b. Regular

c. Muy buena

92. Piensa que sus padres querían a alguno(s) de sus hermanos(as) más que a usted:

Nunca

A veces sí, a veces no

c. Siempre o casi siempre

93. De niño(a), (como hasta los 14 años de edad) se crió principalmente con:

a. sus padres naturales

b. con uno de sus padres y padrastro o madrastra

c. en un orfanato, casa hogar u otra institución

SI LOS PADRES VIVEN, PASAR A LA PREGUNTA 98

94. Cuando su padre murió, ¿cuántos años tenía usted?:

a. de cero a 15 años

b. de 16 a 25 años

c. más de 26 años

95. Por qué murió:

a. Edad avanzada o causas naturales

b. Enfermedad o accidente

c. Otra

96. Cuando su madre murió ¿cuántos años tenía usted?:

a. de cero a 15 años

b. de 16 a 25 años

c. más de 26 años

97. Por qué murió:

a. Edad avanzada o causas naturales

b. Enfermedad o accidente

c. Otra

98. Qué edad tenía cuando su padre dejó de vivir con usted:

a. de cero a 12 años

b. de 13 o más años

c. siempre vivió o ha vivido conmigo

99. La causa por la que no vivió con alguno de sus padres fue:

a. separación o divorcio de mis padres

b. muerte de alguno de mis padres

c. por la situación económica

100. Su padre (o tutor) toma o tomaba mucho alcohol:

a. Nunca

- b. Pocas veces
- c. Siempre o casi siempre

101. Su padre (o tutor) usaba drogas (marihuana, cocaína, thinner, cemento, etc.):

- a. Nunca
- b. Pocas veces
- c. Siempre o casi siempre

102. En general, la forma en como se lleva (o llevaba) con su padre (o tutor) es (o era):

- a. Muy buena
- b. Regular
- c. Muy mala

103. Hasta que año estudió su papá:

- a. Ninguno (nunca fue a la escuela)
- b. Primaria y/o secundaria
- c. Otros estudios técnicos o profesionales

104. Cuando usted era niño(a) (como de 5 a 14 años de edad), su padre (o tutor) mostraba interés en lo que usted decía:

- a. Siempre
- b. A veces sí, a veces no
- c. Nunca

105. Cuando usted era niño(a) (como hasta los 14 años de edad) su madre vivía con usted en la misma casa

- a. Siempre o casi siempre
- b. A veces sí, a veces no
- c. Nunca

106. Si madre (o tutora, persona que me cuidaba) toma o tomaba mucho alcohol:

- a. Nunca
- b. Pocas veces
- c. Siempre o casi siempre

107. Su madre (o tutora, persona que me cuidaba) usaba drogas (marihuana, cocaína, thinner, cemento, etc.):

- a. Nunca
- b. Pocas veces
- c. Siempre o casi siempre

108. En general, la forma en como se lleva (o llevaba) con su madre (o tutor) es (o era):

- a. Muy buena
- b. Regular
- c. Muy mala

109. Hasta que año estudió su mamá:

- a. Ninguno (nunca fue a la escuela)
- b. Primaria y/o secundaria
- c. Otros estudios técnicos o profesionales
- d. ...

110. Cuando usted era niño(a) (como de 5 a 14 años de edad), su madre (o tutor) mostraba interés en lo que usted decía:

- a. Siempre o casi siempre
- b. A veces sí, a veces no
- c. Nunca

111. Su padre (o tutor, persona que lo cuida) y usted platicaban como buenos amigos:

- a. Casi diario
- b. Como una vez a la semana
- c. Una vez al año o menos

112. *Su madre (o tutora, la persona que me cuida) y usted platicaban como buenos amigos(as):*

- a. Casi diario
- b. Como una vez a la semana
- c. Una vez al año o menos

113. Cuando su padre(o tutor) lo castigaba, le pegaba:

- a. Como una vez a la semana
- b. Como una vez al mes
- c. Una vez al año o menos

114. Cuando su madre(o tutora) lo castigaba, le pegaba:

- a. Casi diario o una vez a la semana
- b. Como una vez al mes
- c. Como dos veces al año o menos

115. El dolor de los golpes (de su madre o padre) duraba:

- a. Minutos u horas
- b. Días o semanas
- c. Meses

116. Su padre (o tutor) decía cosas feas de usted, que querían decir que era "tonto(a)" o "inútil", o decía que alguien era mejor que usted:

- a. Siempre
- b. A veces sí, a veces no
- c. Nunca

117. Su madre (o tutora) decía cosas feas de usted, que querían decir que era "tonto(a)" o "inútil", o decía que alguien era mejor que usted:

- a. Siempre
- b. A veces sí, a veces no
- c. Nunca

118. Cuando su padre (o tutor) lo castigaba, usted sentía que lo merecía:

- a. Siempre
- b. A veces sí, a veces no
- c. Nunca

119. Cuando su madre (o tutora) lo castigaba, usted sentía que lo merecía:

- a. Siempre
- b. A veces sí, a veces no
- c. Nunca

120. Cuando su padre (o tutor) lo mandaba a hacer algo, se lo decía con gritos e insultos:

- a. Nunca
- b. A veces sí, a veces no
- c. Siempre o casi siempre

121. Cuando su madre (o tutora) lo mandaba a hacer algo, se lo decía gritando o con groserías:

- a. Nunca
- b. A veces sí, a veces no
- c. Siempre o casi siempre

122. Usted tenía confianza con su padre (o tutor) como para platicarle algo muy personal de usted mismo(a):

- a. Siempre o casi siempre
- b. A veces sí, a veces no
- c. Nunca

123. Usted tenía confianza con su madre (o tutora) como para platicarle algo muy personal de usted mismo(a):

- a. Siempre o casi siempre
- b. A veces sí, a veces no
- c. Nunca

124. Le permitían (o permiten) escoger a sus propios amigos:

- a. Nunca
- b. A veces sí, a veces no
- c. Siempre o casi siempre



125. Le permitían (o permiten) decidir como pasar su tiempo libre:
- Siempre o casi siempre
 - A veces sí, a veces no
 - Nunca
126. Su padre (o tutor) le muestra (mostraba) su afecto o cariño:
- Nunca
 - A veces sí, a veces no
 - Siempre o casi siempre
127. Su madre (o tutora) le muestra (mostraba) su afecto o cariño:
- Nunca
 - A veces sí, a veces no
 - Siempre o casi siempre
128. Cuando se enfrentaba a una situación nueva o difícil, su padre lo apoyaba:
- Siempre o casi siempre
 - A veces sí, a veces no
 - Nunca
129. Cuando se enfrentaba a una situación nueva o difícil, su madre lo apoyaba:
- Siempre o casi siempre
 - A veces sí, a veces no
 - Nunca
130. De niño usted se enfermaba:
- Nunca
 - A veces sí, a veces no
 - Siempre o casi siempre
131. Cuando usted hacía un esfuerzo especial para hacer algo bien, se lo reconocían:
- Siempre o casi siempre
 - A veces sí, a veces no
 - Nunca
132. Sus padres (naturales o adoptivos) se mostraban cariño o amor el uno al otro:
- Nunca
 - A veces sí, a veces no
 - Siempre o casi siempre
133. Sus padres (naturales o adoptivos) se peleaban discutiendo o gritando:
- Siempre o casi siempre
 - A veces sí, a veces no
 - Nunca

134. Cuando sus padres (naturales o adoptivos) peleaban, llegaban a jalones, empujones, golpes, etc):

- a. Nunca
- b. A veces sí, a veces no
- c. Siempre o casi siempre

135. Cuando sus padres (naturales o adoptivos) peleaban, lo hacían frente a usted o de sus hermanos(as):

- a. Siempre o casi siempre
- b. A veces sí, a veces no
- c. Nunca

136. Cuando sus padres (naturales o adoptivos) peleaban, amenazaban con dejarse, separarse o divorciarse:

- a. Nunca
- b. A veces sí, a veces no
- c. Siempre o casi siempre

137. Cuando usted era chico(a), aparte de sus padres (naturales o adoptivos), había otros adultos que eran importantes para usted:

- a. sí
- b. no

138. Si contesta "sí" ¿quién era ese adulto?

- a. un hermano o un tío
- b. un abuelo o abuela
- c. padrastro o madrastra

139. Durante su niñez o adolescencia temprana, tuvo experiencias emocionalmente fuertes, negativas o que le preocuparon mucho:

- a. Siempre o casi siempre
- b. A veces sí, a veces no
- c. Nunca

140. La más importante de esas experiencias fue:

- a. Asalto, algo violento o maltrato fuerte
- b. Violación
- c. Accidente, enfermedad, muerte o pérdida de un ser querido

141. Todavía siente ese miedo o sensación desagradable:

- a. Nunca
- b. A veces sí, a veces no
- c. Siempre o casi siempre

142. Cuando era niño(a), alguien abusó sexualmente de usted:

- a. De 1 a 3 veces
- b. De 4 a 5 veces
- c. Nunca

143. La persona que abusó de usted fue:

- a. Alguno de sus padres, padrastro o madrastra
- b. Pariente que vivía en su casa
- c. Pariente lejano

144. Esta persona abusó sexualmente de usted:

- a. Una vez
- b. Pocas veces
- c. Frecuentemente

145. En la escuela sacaba (saca) malas calificaciones:

- a. Siempre o casi siempre
- b. A veces sí, a veces no
- c. Nunca

146. Actualmente cuanto tiempo hace deportes:

- a. Diariamente
- b. Ocasionalmente
- c. Realmente no practico ninguno

147. En la escuela usted hace (hacía) amistades:

- a. Con mucha dificultad
- b. Ni fácil, ni difícil
- c. Con mucha facilidad

148. Tuvo algún amigo(a) que fuera muy cercano(a) o íntimo(a):

- a. si
- b. no

149. Actualmente, tiene amigo(s) que considere cercano(s) o íntimos(s):

- a. si
- b. no

150. ¿ A qué se dedica actualmente?

- a. Trabaja o estudia
- b. Está desempleado
- c. Se dedica al hogar

151. Más o menos cuánto dinero gana en un mes

- a. \$100-\$500
- b. \$501-\$2000
- c. Más de \$2000

152. ¿Cuántos trabajos ha tenido en los dos últimos años?

- a. Ninguno
- b. Uno a tres
- c. Cuatro o más

153. Se siente a gusto con su actual trabajo .
- Nunca
 - A veces sí, a veces no
 - Siempre o casi siempre
154. Ha pensado dejar ese trabajo
- Siempre o casi siempre
 - A veces sí, a veces no
 - Nunca o casi nunca
155. Cómo se lleva con sus compañeros de trabajo
- Muy mal
 - Regular
 - Muy bien
156. ¿Cómo se lleva con sus jefes de trabajo?
- Muy mal
 - Regular
 - Muy bien
157. ¿Cuándo en su trabajo es usted quien manda cómo se lleva con sus trabajadores?
- Muy mal
 - Regular
 - Muy bien
158. Este trabajo le produce mucha preocupación o cansancio
- Siempre
 - A veces sí, a veces no
 - Nunca
159. Cuántos años tenía cuando tuvo relaciones sexuales por primera vez
- De 11 a 17 años
 - De 18 en adelante
 - No he tenido relaciones
160. Cuántos años tenía cuando tuvo su primera eyaculación /orgasmo
- De 11 a 17 años
 - De 18 en adelante
 - No he tenido relaciones
161. Con quién estaba usted cuando esto paso
- Solo(a)
 - Con mi Novio(a)
 - Con mi esposo(a) o pareja

162. Prefiere masturbarse a tener relaciones sexuales con otra persona

- a. Siempre o casi siempre
- b. A veces sí, a veces no
- c. Nunca

163. Está contento con su vida sexual

- a. Mucho
- b. Un poco contento(a)
- c. Un poco descontento(a)

164. Tuvo relaciones sexuales antes de vivir con su esposo o esposa

- a. sí
- b. no

165. ¿Por qué decidieron casarse?

- a. Por iniciativa propia
- b. Por embarazo o razones de dinero
- c. Ambos tomamos la decisión

166. Ha tenido relaciones sexuales fuera de su matrimonio o unión libre

- a. Nunca
- b. A veces sí, a veces no
- c. Siempre

167. De cada diez relaciones sexuales en cuántas llega al orgasmo

- a. Ninguna
- b. De 1 a 4
- c. De 5 a 8

168. Cuántos hijos tiene:

- a. Uno a dos
- b. Tres a cuatro
- c. Cinco o más

169. Le hubiera gustado tener a sus hijos en otro momento de su vida

- a. sí
- b. no

170. Con quién vive actualmente

- a. Con mis padres (naturales o adoptivos)
- b. Sola (o)
- c. Con mi pareja y / o mis hijos

171. En donde vive actualmente

- a. Casa propia
- b. Casa rentada
- c. En ningún lugar en particular (donde puedo) u otro lugar

172. Cuántas recamaras tiene su vivienda

- a. Una a dos
- b. Tres a cuatro
- c. Cuatro o más.

173. Cuántas personas viven en su vivienda

- a. Una a dos
- b. Tres a cinco
- c. Seis o más

174. Siente que el espacio en su vivienda es suficiente

- a. Nos sobra espacio o tenemos suficiente espacio para todos
- b. Estamos un poco amontonados
- c. Estamos muy amontonados

175. Cree que lo han tratado mal por su aspecto, color, religión, origen o nacionalidad

- a. Siempre o caso siempre
- b. A veces sí, a veces no
- c. Nunca

176. En qué lugar le ha sucedido esto

- a. El trabajo o la escuela
- b. En el vecindario, el barrio o reuniones sociales
- c. Otro lugar o situación

177. Cuál es su religión

- a. Católica
- b. Protestante
- c. Ninguna

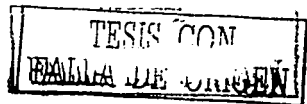
178. Cada cuándo asiste a los servicios religiosos

- a. Nunca
- b. Una vez al mes
- c. Una vez a la semana

ANEXO 22



AUTO INFORME



Evaluación del proceso

Explicación del auto informe

Este formato se utiliza para evaluar el proceso de la intervención de los participantes durante todo el tratamiento. Es un cuestionario importante dentro del protocolo de evaluación, ya que permite contar con un registro que nos proporciona información para tomar decisiones clínicas importantes, nos informa del éxito o no del tratamiento y permite ajustar el curso del tratamiento de cada participante.

Como instrumento clínico se emplea dentro de todas las sesiones, con el primer componente del programa, el descubrimiento. Con base en los datos del registro se presenta visualmente, mediante gráficas, el progreso de cada uno de los participantes. De este modo, los participantes conocen si los planes elaborados están funcionando o no, si debe cambiar las reglas o planes establecidos o si es el momento para trabajar con el siguiente problema. La información derivada de este registro permite que el usuario y el terapeuta tomen decisiones informadas.

TAREA INDIVIDUAL

Nombre: _____

Grupo: _____

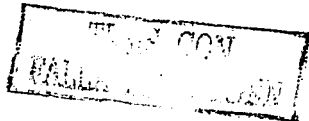
Fecha: _____

El objetivo de esta forma es que usted anote los problemas o conflictos familiares que ha tenido en su casa. Es importante que usted informe sobre éstos y tenga un control sobre el tipo de problemas que suceden diariamente con su familia.

De esta manera, es posible evaluar si se está teniendo éxito o no, observando los registros diarios durante un tiempo determinado. Es importante que conteste las preguntas que aquí se le hacen y traiga esta forma en su próxima sesión.

Si usted no tiene hijos o vive con su pareja, deje en blanco la pregunta que no corresponda a su situación particular.

Instrucciones: Marque con una "X" la respuesta que corresponda a su situación personal.



1. ¿Durante la última semana tuvo problemas con su pareja?

No _____ Sí _____ Cuantas veces _____

Hubo gritos o insultos _____

Golpes (manazos, pellizcos, nalgadas, etc.) _____ Otro _____

2. ¿En la última semana tuvo problemas con sus hijos?

No _____ Sí _____ Cuantas veces _____

Hubo gritos o insultos _____

Golpes (manazos, pellizcos, nalgadas, etc.) _____ Otro _____

3. ¿En la última semana tuvo problemas con sus hermanos?

No _____ Sí _____ Cuantas veces _____

Hubo gritos o insultos _____

Golpes (manazos, pellizcos, nalgadas, etc.) _____ Otro _____

4. ¿Durante la última semana tuvo problemas con sus padres?

No _____ Sí _____ Cuantas veces _____

Hubo gritos o insultos _____

Golpes (manazos, pellizcos, nalgadas, etc.) _____ Otro _____

5. ¿Desde la última vez que nos vimos cuántos días fueron buenos en su casa (sin problemas familiares)?

6. En la escala del 1 al 5 que tanto espera que el curso le ayudará a resolver sus problemas familiares:

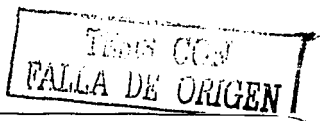
Poco 1 2 3 4 5 Mucho

7. Desde su última cita, siente que los problemas en su casa han disminuido:

Poco 1 2 3 4 5 Mucho

8. Su terapeuta se porta amable: No _____ Sí _____ ¿Por qué? _____

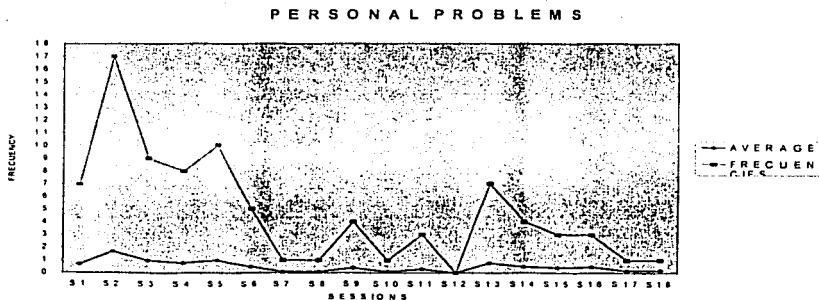
9. Te deja hablar: No _____ Sí _____ ¿Por qué? _____



Como graficar los datos del Auto reporte

Los datos del auto informe se anotan en las formas de registro individuales de cada participante por tipo de problema (problemas entre pareja, con los hijos, con los padres y entre hermanos) y se elaboran las gráficas que se generan a partir del numero de ocurrencias por cada tipo de problema y por sesión. Una grafica con los promedios de respuesta por sesión, permitirá mayor información para compartir en el ejercicio del descubrimiento con los miembros del grupo.

También se genera una grafica del numero de días buenos que tuvo el participante desde la ultima sesión. Cada dato es dibujado en la grafica por sesión durante todo el tratamiento y por cada entrevista de seguimiento que se realice mediante el auto informe.

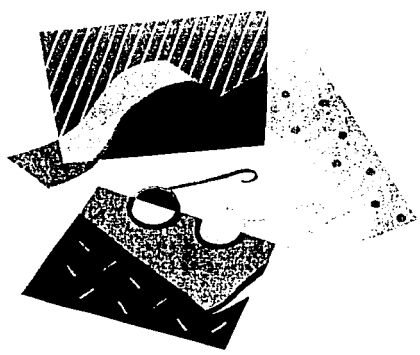


El anterior ejemplo ilustra un caso donde las tres primeras sesiones son la Línea Base y el resto de la 4 a la 18 el tratamiento. Presentando las frecuencias y datos promedio del grupo (N=7).

Estas graficas deben ser actualizadas en cada sesión con el propósito de que el participante pueda observar su progreso o no durante la intervención, en el ejercicio del descubrimiento, y discuta con su terapeuta decisiones clínicas acerca de su tratamiento, tales como mantener el plan establecido o cambiar las reglas y planes actuales.

Para el terapeuta las graficas generadas por el auto informe le permiten contar con evidencia del cambio o no como consecuencia de la intervención terapéutica.

ACUERDO DE SERVICIOS VOLUNTARIOS



ACUERDO DE SERVICIOS VOLUNTARIOS

CON
FALLA DE ORIGEN

ACUERDO DE SERVICIOS VOLUNTARIOS

Yo: _____ residente del Municipio de la Reforma en Hidalgo, estoy de acuerdo en recibir los servicios voluntarios del Programa de entrenamiento en habilidades de afrontamiento prosocial de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El equipo de psicólogos de la UNAM dará cursos y pláticas a la comunidad sobre relaciones familiares, así como entrevistas y evaluaciones, en el horario acordado por ambas partes. Tengo entendido que la información obtenida (escrita y videgrabaciones) será tratada con la mayor confidencialidad por el Programa y solo podrá ser usada para actividades con fines clínicos, de investigación y enseñanza. Los **servicios serán otorgados gratuitamente.**

Como participante voluntario estoy informado de la confidencialidad, duración, propósito y beneficios del programa para la comunidad y me comprometo a asistir puntualmente a las reuniones programadas, realizar y entregar oportunamente las tareas del curso, durante mi participación en el Programa

Participante Voluntario

ANOTAR SU NOMBRE Y FIRMAR

Programa Habilidades de Afrontamiento Prosocial

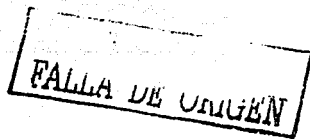
ANOTAR SU NOMBRE Y FIRMAR (supervisor o miembro del personal)

Fecha: _____

ANIMACIÓN



VIÑETAS



VIÑETAS PARA CADA SESIÓN DE INTERVENCIÓN PAPS

Grupo Adultos:

1. Cuando el quehacer o las tareas de la casa no están hechas, cuando deberían de estarlo, mi esposo(a) se enoja y me reclama.

¿Ante esta situación que harían ustedes?

2. Si usted no esta de acuerdo con la manera en que su pareja disciplina a sus hijos:

¿Ante esta situación que harían ustedes?

3. Cuando un miembro de la familia se encuentra ante un problema grave (enfermedad de uno de sus hijos) y usted no se habla con ese familiar.

¿Ante esta situación que harían ustedes?

4. En una fiesta, un amigo mío me humilló y me criticó por mi forma de ser, dejándome en ridículo.

¿Ante esta situación que harían ustedes?