



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

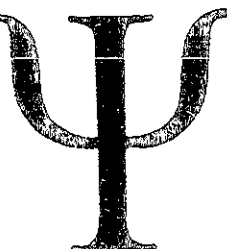
FACULTAD DE PSICOLOGIA

114

EVALUACION CONDUCTUAL DEL USUARIO DEL CENTRO DE SERVICIOS PSICOLOGICOS DR.: GUILLERMO DAVILA. DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA

T E S I S QUE PRESENTA: MEDINA GUTIERREZ MIGUEL ANGEL PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

DIRECTOR DE TESIS: DR. HECTOR AYALA V.



MEXICO, D. F.

114-45

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTO

Dr. HECTOR E. AYALA VELAZAQUEZ

Por tener el honor de trabajar con un gran investigador de la Psicología y por permitirme desarrollarme como un profesional e investigador

Lic. Leticia Echeverría San Vicente. Por tener el honor de trabajar con una investigadora y maestra excepcional y por ser una gran compañera y un ser humano fuera de serie.

Lic. Nohemí Barragán Torres.
Por ser una gran amiga y compañera de trabajo y una profesional excepcional.

MTRO Fernando P Vázquez Pineda Por sus consejos, asesorías y apoyo ético profesional

MTRO Julio Espinosa Rodríguez. Te agradezco el que me hayas permitido conocerte como profesional y como compañero académico

A mis Padres

Por su gran ejemplo cariño amor y comprensión y porque en esta etapa de mi vida son mis mejores amigos

A mis Hermanas y Hermanos

Catalina Medina Gutiérrez
Gloria Medina Gutiérrez
Flavio M. Medina Gutiérrez
José Arturo Medina Gutiérrez
Luis Alejandro Medina Gutiérrez
Por darme su ejemplo en lo profesional y en lo familiar.

A mi esposa por su comprensión, apoyo y amor. A mis hijos, que han dado la inspiración y la motivación para llegar a esta meta y a otras en un futuro.

A mis sobrinos
Flavio, Gabriela, Yibrant, Yambert,
Yadir, Erandi, Ivan, Irvin, Abiscenia y
Luthan

A mis amigos del Grupo scout 117
Arturo Ruiz de Chávez Martínez
Héctor Montes, Juan Miranda, Héctor
Álvarado, Jorge Hernández, Jacobo
Martínez, José Carlos Martínez, José Luis
Martínez, Eduardo Argüelles, etc.

A mis compañeros de Acasuico
Mariana, María Eugenia, Dora Lilia,
Claudia, Hilda, Esther, Verónica, Aidé ,
Claudia y Abraham

A mis compañeros del nuevo proyecto de alcohol Este agradecimiento es muy especial para mis amigos Kalina y su esposo Francisco. A Karina por ser una gran amiga y apoyarme de manera incondicional. Claudia Jennifer, Alejandra, Cariño, a mi Jefecita Aída. Roberto y a mis compañeros de maestría.

A mis compañeros de del H. Centro Comunitario Dr. Oswaldo Robles. Por su amistad sincera, Silvia, Virginia y Lidia Barragan, por ser una grandes amigas y compañeras.

A mis alumnas
Viviana, Carla, Mireya, Lorena,
Andromeda.

A mis ahijadas . Alejandra y Paulina

CAPITULADO

EVALUACIÓN CONDUCTUAL DEL USUARIO DEL CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA U.N.A.M.

| | |
|---|----|
| ➤ INTRODUCCION..... | 1 |
| ➤ RESUMEN..... | 3 |
| ➤ CAPITULO I: PERSPECTIVA HISTORICA DE LA EVALUACIÓN CONDUCTUAL | 6 |
| ➤ CAPITULO II EVALUACION VERSUS TRATAMIENTO..... | 17 |
| ➤ CAPITULO III ECOLOGIA SOCIAL Y EVENTOS DE VIDA..... | 22 |
| ➤ CAPITULO IV METODOLOGÍA | 44 |
| ➤ CAPITULO V RESULTADOS Y CONCLUSIONES..... | 53 |
| ➤ APENDICES: 1=FES 2=HDL | 69 |

El objetivo de esta tesis es obtener el perfil psicológico de los usuarios a través de una evaluación conductual, con el objeto que el terapeuta pueda planear el tratamiento adecuado a las características del usuario

En nuestro país en instituciones que se dedican al tratamiento de problemas conductuales, como en el DIF (Desarrollo Integral de la Familia), que es la institución más importante de nuestro país que realiza una evaluación tradicional, con pruebas proyectivas y psicometrías para evaluar y determinar el perfil psicológico del usuario, acuden personas que tienen problemas con sus hijos como los siguientes. obediencia, bajo rendimiento escolar, pérdida del control de esfínter, conductas rebeldes o antisociales, problemas de aprendizaje, valoración de guardia y custodia. Así también acuden personas adultas con problemas psiquiátricos, de alcoholismo, violación, lenguaje, problemas jurídicos, orientación vocacional, valoraciones psicopedagógicas, problemas neuronales, de parálisis cerebral, motricidad, deficiencias mentales, problemas de pareja, familiares o farmacodependencia.

El proceso de evaluación tradicional consiste en la aplicación de una entrevista y la aplicación de una batería de pruebas psicológicas, pruebas psicométricas, pruebas proyectivas, inteligencia y para detectar un probable daño orgánico cerebral y se aplican de la siguiente manera: En primer lugar se aplica la entrevista psicológica abierta, que consiste, en preguntar al sujeto cual es su motivo de la consulta y cuáles son los problemas que tienen de manera libre y espontánea tocando todas las áreas de su vida y en las que tiene conflictos, posteriormente se le da una cita para una sesión en la cual se va a efectuar la evaluación, en primer lugar se le aplica el Bender para averiguar si el sujeto tiene daño cerebral, después se aplica el Machover figura humana para estudiar rasgos de personalidad, el H.T P. o persona casa y árbol, en esta prueba se puede observar la relación que hay entre el sujeto y sus padres, en general, en esta prueba se observa la relación del sujeto con los demás integrantes de la familia como con los amigos más cercanos a la misma El M.M.P.I. que analiza la personalidad del individuo por medio de escalas clínicas, el Rorschach, en el cual estudia la personalidad, inteligencia y un daño cerebral. En Inteligencia se aplica el Dóminos, el Wais, donde se puede observar que grado de inteligencia tiene el sujeto con respecto a su medio social. Ya que se aplicó tanto la entrevista como la batería de pruebas se inicia la integración para poder llegar a un diagnóstico del usuario e implementar el tratamiento

Se puede observar que con este tipo de evaluación tradicional se pretende evaluar a los sujetos según una serie de atributos, dimensiones, rasgos o factores de muy distinta índole que supuestamente nos darán la descripción de las características de su personalidad.

Así también no se tiene mucha fiabilidad y objetividad en los instrumentos y se presta a interpretaciones muy subjetivas tanto del diagnóstico en la descripción del sujeto como en la predicción de su conducta.

La evaluación conductual que va a proporcionar una evaluación por medio de observaciones metodológicas para cada individuo en particular, permitirá planear un tratamiento adecuado facilitando al terapeuta planear, identificar y realizar un programa de tratamiento adecuado. La evaluación se realiza antes, durante la atención y al término de ésta durante el seguimiento ya que este sistema, nos va permitir evaluar que tan efectivo es el tratamiento que se dio, que cambios se lograron en la conducta del individuo y permite establecer un patrón conductual que proporcionará elementos que le permitirá adaptar, el tratamiento a las características de la población y también en la obtención del mismo patrón conductual

En este trabajo se presenta una alternativa conductual para realización de la entrevista que permitirá planear, identificar y realizar un trabajo terapéutico adecuado

Más específicamente en el capítulo I se revisa la Evaluación Conductual, su historia y estado actual del campo.

En segundo capítulo se revisa la relación entre evaluación y tratamiento en el enfoque conductual así también la evaluación conductual como análisis experimental de la conducta, los proceso de evaluación y modificación de la conducta, y el proceso de evaluación y modificación de la conducta

En el tercer capítulo denominado Modelo Ecológico, se revisa la teoría en la cual se basa la construcción de los instrumentos utilizados en esta tesis.

En el capítulo cuarto se describen los instrumentos de trabajo

Los resultados se presentan en el capítulo V y las conclusiones.

RESUMEN

La presente investigación tiene por objetivo el obtener el perfil psicológico de los usuarios que acuden al Centro de Servicios Dr. Guillermo Dávila de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M., a través de una evaluación conductual, para que el terapeuta pueda planear el tratamiento adecuado a las características de estas personas.

La muestra fue de 413 sujetos que acudían al Centro de Atención Psicológica Dr. Guillermo Dávila en busca de ayuda. A las personas que acuden solicitando el servicio se les da una cita en la cual se les realiza una evaluación que incluye la aplicación de una entrevista inicial, H.D.L. (Salud Física y vida Cotidiana Moos 1985) y F.E.S. Medio Ambiente Familiar Moos 1974, mientras tanto se realiza una sesión de introductoria con los niños y al finalizar la evaluación con los padres, los resultados obtenidos por los instrumentos se capturan en una base de datos para ir conformando la muestra de la población que se analizaron para poder obtener el perfil psicológico del usuario que acudía al Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila.

En los resultados obtenidos se pudo observar que la población que asiste al centro de servicios psicológicos, en su mayoría es del sexo femenino (83%) el grado de escolaridad es profesional en un (78%).

En cuanto a la ocupación principal de los usuarios del centro es la de estudiante o estudiante y que trabaja con un (57%).

En este trabajo se presentan estos datos sociodemográficos así como los resultados de los 2 instrumentos que han permitido tener un instrumento para detectar áreas que deben ser corregidas y al mismo tiempo durante el seguimiento del caso poder evaluar si se logro el cambio.

Con respecto al ambiente familiar (F.E.S.) Se obtuvieron los siguientes resultados de la población que asistió al centro de servicios psicológicos Dr. Guillermo Dávila:

Cohesión se perciben con un alto grado de confianza relacionado con la ayuda y apoyo que los miembros de la familia se dan unos a otros

En Expresividad se perciben con una estimulación alta para actuar abiertamente y en la expresión de sus sentimientos en la misma forma

Conflicto en esta sub-escala hay una percepción muy alta, en la cantidad de angustia, agresión y conflicto que expresan los miembros de la familia.

En la sub-escala **Independencia** se perciben con un grado adecuado de asertividad y autosuficiencia para tomar sus propias decisiones, de manera adecuada.

Orientación a Metas, se perciben con gran interés a tanto a actividades escolares como laborales, mostrándose muy competitivos

Orientación a la Cultura-Intelectual se muestran con gran interés por actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales

Orientación de Acción Reacción, se perciben con gran interés en la participación en actividades sociales, recreativas y deportivas.

Moral y Religiosidad, en esta sub-escala se perciben con un interés adecuado en valores éticos y religiosos.

Organización hay preocupación por la organización y una estructura clara en la planeación de actividades familiares y en la toma de responsabilidades.

En la sub-escala de *Control* hay una percepción o una preocupación muy alta al uso de reglas y procedimientos en la vida familiar.

Ante el H.D.L. Salud Física y Vida Cotidiana. La población se percibió de la siguiente manera, con respecto a las condiciones medicas, reportan tener síntomas

En la sub-escala condiciones medicas la población del centro reporto tener condiciones médicas como anemia, asma, artritis o reumatismo, bronquitis, cáncer, etc, con mayor frecuencia que la norma norteamericana.

La población del centro reporto con menor frecuencia síntomas físicos como debilidad, alta temperatura del cuerpo, taquicardia, poco apetito, etc, con respecto a la norma norteamericana.

En la sub-escala humor depresivo durante los últimos doce meses la población del centro manifestó tener menos frecuencia de síntomas depresivos como tristeza, melancolía, pérdida del apetito y del peso, en comparación de la norma norteamericana.

Con respecto a la sub-escala síntomas por fumar la población del centro reporto tienen con menos frecuencia síntomas por fumar como dolor de garganta, tos, etc en comparación de la norma norteamericana.

Auto confianza la población del centro demostró tener con menor frecuencia auto confianza en comparación de la norma norteamericana.

Uso de medicamento en esta sub-escala la población del centro reporto usar menos los medicamentos que la norma norteamericana.

Con respecto a utilizar los servicios de salud mental profesional la población del centro reporto hacer uso de estos servicios con menor frecuencia en comparación de la norma norteamericana.

El hacer uso de los servicios no profesionales, se observó que la población del centro de servicios psicológicos lo requería con más frecuencia que la norma norteamericana.

En la sub-escala eventos negativos la población del centro de servicios psicológicos, manifestó tener más eventos negativos en comparación de la norma norteamericana.

Eventos de salida se observó que la población del centro manifestó tener con más frecuencia eventos de salida en comparación de la norma norteamericana.

Eventos positivos de cambio de vida, en esta su escala la población del centro de servicios psicológicos manifestaron tener con mayor frecuencia este tipo de eventos, en comparación de la norma norteamericana.

Con respecto a la su escala Afrontamiento cognitivo activo, la población del centro lo lleva a cabo con menor frecuencia que la norma norteamericana.

Afrontamiento conductual activo, en esta su escala se percibió que la población del centro no la realiza con la frecuencia que la realiza la norma norteamericana.

Afrontamiento de evitación, En esta su escala se observó que la población del centro utiliza con más frecuencia esta manera de solucionar sus problemas en comparación de la norma poblacional.

Análisis lógico se pudo observar que la población del centro realiza este análisis con menor frecuencia, en comparación de la norma norteamericana.

Con respecto a la sub-escala búsqueda de información, se pudo observar que la población del centro busca con menor frecuencia información para afrontar problemas, en comparación de la norma norteamericana.

En la su escala solución de problemas, la población del centro mostró con menor frecuencia el solucionar sus problemas en comparación de la norma norteamericana.

Regulación afectiva en esta su escala, la población del centro reportó menor frecuencia de descargas afectivas en comparación de la norma norteamericana.

Con respecto al número de relaciones interpersonales significativas, la población del centro de mostró menos frecuencia, en comparación de la norma norteamericana.

En la su escala actividades sociales con amigos, la población del centro manifestó tener con mayor frecuencia actividades sociales con amigos, en comparación de la norma norteamericana.

Actividades sociales familiares la población del centro de mostró tener con menor frecuencia este tipo de actividades en comparación de la norma norteamericana.

Número de contacto de redes sociales, en esta su escala la población del centro demostró llevar a cabo esta actividad con menor frecuencia que la norma norteamericana.

Con respecto a la su escala tareas familiares conjuntas, la población del centro demostró realizarlas con poca frecuencia a comparación de la norma norteamericana.

Argumento familiar, en esta sub-escala la población del centro reportó tener con mayor frecuencia argumentos familiares, en comparación de la norma norteamericana.

En la sub-escala ambiente negativo en el hogar, la población del centro reportó tener con menor frecuencia un ambiente negativo en el hogar, al compararse con la norma poblacional.

CAPITULO I

1.- Perspectivas Históricas de la Evaluación conductual

Introducción

La historia de la evaluación conductual se inicia con Kanfer y Saslow publicaron en 1965, el artículo Behavioral Analysis (Análisis conductual) parecería ser el momento clave en el que arranca esta disciplina.

Por otra parte, aunque parece claro para la mayor parte de los autores (Hersen, 1976, Pelechano, 1976, 1978; Mischel, 1968), la fecha de nacimiento (al menos la oficial) es 1965, son otros muchos los antecedentes que mediaron en la "fundación" (Sarup, 1978) de este nuevo enfoque al psicodiagnóstico.

Como señala Hersen (1976) tres son las fuentes o antecedentes del enfoque conductual de la evaluación:

1. La crisis de la evaluación tradicional, basada en las tesis y técnicas de diagnóstico psicológico.
2. La inadecuación del modelo médico y el diagnóstico psiquiátrico en la consideración de los trastornos psicológicos.
3. La aplicación de los paradigmas de la psicología experimental en la práctica Clínica y escolar

Por otra parte, tres son las etapas que agruparan la bibliografía generada sobre el tema:

1. Una primera etapa de gestación.
2. Una segunda etapa de constitución que se inicia en la obra de Kanfer y Saslow (1965).
3. Un último período de consolidación y máximo desarrollo. que podemos situar a partir de 1975 con la publicación de múltiples obras. monográficas dedicadas al tema (Hersen y Bellack, 1976; Schulte, 1976, Cimneno. Calhoun y Adams, 1977; Cone y Hawkins, 1977, Bouchard, 1977; Haynes y Wilson, 1979).

Crisis de la evaluación tradicional

Muchas son las razones que han llevado a los psicólogos evaluadores a sentirse insatisfechos con el sistema de evaluación utilizada por ellos mismos. En primer lugar, este sistema evaluativo partió fundamentalmente del enfoque diferencialista y correlacional de la psicología, a través del cual se pretendía una evaluación de los sujetos humanos según una serie de atributos, dimensiones, rasgos o factores de muy distinta índole (dinámicos, psicométricos, etc.) que permitieran la descripción según cualidades psicológicas, la predicción del comportamiento del sujeto y, en el caso más extremo, la explicación (mejor dicho, una pseudo explicación), en base a ellos, de la conducta humana.

La vía de medición de estas características fueron los tests que con tanta difusión han proliferado (de manera inusitada) a lo largo del siglo. Un test supone la observación, auto observación y auto-informe de la conducta de un sujeto en una situación previamente establecida, definida, estandarizada de igual forma para todos los sujetos, en la que las muestras de comportamiento recogidas son, generalmente, cuantificadas y transformadas en otras puntuaciones que permiten comparar al sujeto con otros pertenecientes a un grupo normativo. El objeto fundamental de estos instrumentos es el de la clasificación y descripción de los sujetos según ciertos atributos, con el objetivo último de predecir el comportamiento.

Este enfoque evaluativo, conectado con la psicología diferencial, fue criticado desde la propia comunidad científica, con la acusación de falta de rigor en los instrumentos desde el constructo, así como la falta de base científica de los contenidos (constructos) por ellos evaluados o medidos.

Goldfried y Sprafkin en 1974, señalan que las transformaciones y disconformidades de los psicólogos evaluadores pueden ejemplificarse adecuadamente a través del cambio de título de una revista norteamericana en psicodiagnóstico. En el año de 1936 fue creada una publicación sobre evaluación psicológica, con el título "Rorschach Research Exchanges"; siendo un momento de gran interés por el psicodiagnóstico de Rorschach; introducido por los psicoanalistas europeos emigrados a U.S.A. en los Estados Unidos. Más tarde, otras técnicas proyectivas entran en la escena de la psicología aplicada (Test de apreciación temática, Tests gráficos o constructivos, etc.), lo cual se refleja, en 1947, con un cambio en el título en la publicación, que adapta el de "Rorschach Research Exchange in Journal of Projective Techniques". para más tarde incluir al Rorschach (grave error) con las técnicas proyectivas y (de la mano de Frank, 1939), en 1950, denominarse "Journal of Projective Techniques".

Pero, en esta época, otros instrumentos de lápiz y papel van a cobrar importancia; así, el M.M.P.I. de Hathaway y Mackinley (1940) va aparecer en el "Mental Measurement Yearbook" (Buros, 1959) como uno de los tests de más interés. Esto se pone de manifiesto en la revista, antes citada que en 1963 adquiere un nuevo nombre "Journal of Projective and Personality Assessment".

Es en la década de los sesentas, que se pone de manifiesto la ineffectividad de las técnicas proyectivas, y las múltiples fuentes de error de los cuestionarios de personalidad, así como también se pone en tela de juicio el valor del concepto "Inteligencia" como macro constructivo cognitivo, con todo esto, los responsables de la publicación vuelven a cambiar su denominación por la de "Journal of Personality Assessment" Por último, Goldfried y Sprafkin (1974) y Goldfried (1976) especulan con la posibilidad de que en esta década puede cambiar nuevamente su título y contenido, adoptando el de "Journal of Behavioral Personality Assessment".

Por otra parte, la crisis de la evaluación puede constatararse a través de los cambios que se han producido en el papel del psicólogo (fundamentalmente del clínico) a través del tiempo. Parece claro que, durante este siglo, el psicólogo se ha dedicado a tareas de evaluación y diagnóstico. Son múltiples los trabajos (Kelly y Fiske, 1951; Kelly y Goldberg, 1959; Kelly, 1961, Kirchner, 1969; Garfield y Kurtz, 1976, Sharkow, 1978, entre otros) que se han llevado a cabo para dar cuenta del papel del psicólogo en el campo aplicado y más concretamente, en el clínico. De todo ello se deduce que su función con más frecuencia fue y en algunos lugares sigue siendo la de aplicador de tests o evaluador.

Un nuevo problema que se presenta en este objetivo es el agrupamiento de las innumerables técnicas proyectivas en una sola categoría, puesto que el valor demostrado por ellas varía, extraordinariamente, de unas a otras (Blatt, 1975)

Sin embargo la influencia de la cultura, la educación la raza, etc, sobre los tests que evalúan constructos cognitivos han sido sólidamente probados (Jensen, 1979) y han servido como descrédito de la utilización de tales instrumentos a la hora de tomar decisiones sobre los sujetos humanos.

Crisis del modelo médico aplicado a la conducta anormal

Otra influencia en la construcción de la evaluación conductual está en relación con la crítica al modelo médico o psiquiátrico que, como se sabe, ha venido utilizándose, tradicionalmente, en la consideración de la conducta anormal. Los aspectos más discutidos han provocado, la inadecuación del modelo médico en la comprensión y explicación del trastorno conductual.

Es antigua la corriente de pensamientos que se basa en los hallazgos en la conducta normal en trastorno biológicos. No obstante, Foucault consideró que el concepto de enfermedad mental que fue un producto de la ilusión. Más concretamente, puede decirse que los hallazgos de la medicina, durante los siglos XVIII y XIX, los que dan una cierta base empírica a la consideración de los trastorno del lenguaje (como en el caso de la afasia) o una etiología vírica o ciertos comportamientos anormales (como en la parálisis general progresiva) fueron algunos de los más importantes hallazgos que provocaron el observar la ineficacia del modelo médico al comportamiento anormal.

La comprobación parcial del criterio etiológico-físico formulado por la medicina a unos pocos trastornos conductuales, así como la efectividad de algunos trastornos físicos, logra implantar el modelo médico en consideración de la conducta anormal. Todo ello, como señalan Ullman y Krasner (1965), logró que los pacientes fueran considerados en el mismo papel que otras personas enfermas físicamente, un papel que implica pasividad, sumisión, quietud, tranquilidad en espera del descubrimiento de la curación.

Lo que parece claro en los años cincuenta es que el psicólogo no podrá seguir siendo aplicador de test o pruebas y los modelos médicos no son una técnica eficaz a la hora del tratamiento de los trastornos conductuales (Eysenck, 1952, 1960). Este hecho parece ser decisivo a la hora de intentar nuevas formas de tratamiento.

No cabe duda que los antecedentes de la terapia conductual están en la obra de Pavlov, de Watson de Thorndike y otros psicólogos encuadrados tanto en la reflexología como en el conductismo. En efecto, es entonces cuando Skinner, Salomon, Kindsley y Richards (1954) presentan un trabajo en el que se pone de relieve la utilidad de los paradigmas del aprendizaje concretamente del aprendizaje operante en el tratamiento de algunos trastornos psicológicos. Así, estos autores ponen de manifiesto la aplicación de las técnicas del conocimiento operante al análisis experimental de los pacientes psicóticos.

Sintetizando, y como señala Krasner (1980), hasta los años sesenta, siete son los hallazgos más importantes a la hora de la formulación y el inicial desarrollo de la terapia conductual:

- El concepto de conductismo como uno de los modelos más relevantes de la Psicología experimental.

- La aplicación del conocimiento Clásico en la producción de cambios en la conducta normal y patológica (Pavlov, 1928).

- Los hallazgos en torno al conocimiento instrumental u operante como elaboraciones de Thorndike (1931) y Skinner (1938).

- Primeras aplicaciones del conocimiento en problemas conductuales en humanos (Watson y Rayner, 1920; Mowrer, 1938).

- Los estudios realizados por el grupo de Eysenck (1952, 1960), en el Maudsley Hospital de Londres sobre ineffectividad de los tratamientos psicológicos.

- La investigación realizada desde la perspectiva conductista sobre algunos principios psicoanalíticos, que puso de manifiesto la posibilidad de aplicación Clínica de los paradigmas del aprendizaje (Dollard y Miller, 1950).

- Las técnicas de inhibición recíprocas desarrollada por Wolpe (1958)

A partir de los años sesenta, este nuevo enfoque terapéutico se consolida Hebb, en 1960 (en su discusión inicial como presidente de la Asociación Americana de Psicología), plantea a los psicólogos el reto que supone el estudio de variables organizadas (respuestas encubiertas) realizando con el mismo rigor científico con que se habían estudiado los estímulos y las respuestas manifiestas (citado por Kanfer y Phillips, 1970). Esta labor, realizada por la tercera generación del conductismo (Staats, 1980) enfrenta a la evaluación y terapia de conducta, va a ser posible gracias a los hallazgos que desde la psicología básica. Así, Bandura y Walters (1963) presentan un nuevo modelo de aprendizaje por modelación, vicario u observacional. Ullman y Krasner (1965), planteando un modelo alternativo de enfermedad mental. En el campo de la personalidad, Mischel (1968, 1973) proporciona un modelo conductista cognitivo-social, y Staats (1975) un conductismo social

Las características básicas del modelo conductual de tratamiento (y que, en definitiva, van a mediar en las propias de la evaluación) son las siguientes: -Las bases teóricas están en aquellos principios, empíricamente demostrados, tanto procedentes de la Psicología del aprendizaje como de otros procesos psicológicos. Es decir, como señala Ullman y Krasner (1969), Kanfer y Phillips (1970) o Yates (1970), la terapia conductual emplea todos los hallazgos procedentes de la Psicología científica y no sólo los que se refiere al aprendizaje. Con todo esto, no existe lamentablemente ninguna teoría global que pueda explicar, los niveles de complejidad necesarios, el comportamiento humano. El problema, en este punto, está centrado en no caer en apresuramientos y utilizar propuesto teórico en la práctica clínica que no hayan demostrado convenientemente su valor científico (Pelechano, 1978; Kanfer y Phillips, 1970, Deitz, 1978)

La investigación en la modificación del comportamiento se dirige a concretos trastornos de conducta. La importancia aquí reside en operativizarlos, medirlos objetivamente y establecer cuáles son las variables ambientales o internas que mantienen o controlan, en el sujeto, las conductas indeseables para pasar, por último, a su modificación. Rechaza, pues, este enfoque que la conducta manifiesta, ya sea esta motora, verbal o fisiológica, o expresión de una construcción teórica interna (esquizofrenia, neuroticismo, dependencia, etc.) Se rechaza también que el problema que el paciente presenta sea un síntoma de una enfermedad, a no ser que se encuentren variables biológicas relevantes en él.

Es decir, la conducta problema no es expresión de un conflicto o de un atributo interno, sino que es una conducta aprendida que se intentará modificar a través de técnicas basadas en los principios comprobados empíricamente desde la psicología experimental. El plan de tratamiento elegido se pliega específicamente al caso individual y al problema (o problemas) propios del sujeto. Sin negar que la historia del problema es importante, la modificación de conducta se dirige a las conductas problema actuales y a las variables que las mantienen en el presente.

Por otra parte, a través de la modificación de conducta no se pretende realizar una explicación global del sujeto ni, en la gran parte de los casos, puede darse una explicación casual de las conductas indeseable.

Principales etapas históricas de la evaluación conductual

Una vez establecidas las funciones genéticas, conviene detenerse en los principales mitos históricos de la evaluación conductual.

Tres son las etapas fundamentales por las que la evaluación conductual ha pasado hasta el momento y que vamos a denominar antecedentes, constitución y consolidación.

Los antecedentes (hasta 1965) Verdaderamente, en cada diseño experimental en donde se ha introducido un tratamiento con el objetivo de modificar respuestas humanas, ha tenido que producirse un proceso de evaluación conductual. Así, en el experimento Watson y Rayner (1920) del pequeño Albert se eligió a este niño en función de que aparecía como impasible y no emocional a la hora de condicionar en él una respuesta de miedo.

En los trabajos de Ivanoff Smoñensky (1927) y de Krasnogorski (1925) aparecía ya una somera evolución de los niños deficientes, con enuresis neríticos que se pretendía condicionar y en la misma línea, Mowrer y Mowrer (1938) hallaban tasa de descontrol de la micción, tratando después este trastorno con procedimientos basados en el Condicionamiento clásico.

En estos casos y en otros muchos, la evaluación, más o menos rudimentaria, se lleva a cabo como un paso más del diseño experimental. La formulación de este enfoque evaluativo es dada por Skinner (1953) cuando sostiene que las variables externas de las cuales la conducta es función, proporcionan lo que podemos llamar un análisis casual o funcional de la conducta; es decir, nos propone controlar y predecir el comportamiento del organismo individual. Esta será nuestra variable dependiente, el efecto del que vamos a averiguar la causa. Las variables independientes las causas de las conductas son las condiciones externas de las que la conducta es función. Es decir, el análisis funcional será aquel proceso a través del cual podemos detectar las variables independientes que controlan o mantienen las conductas problema y estas las variables dependientes en el diseño experimental a través del cual se intentará la modificación.

Desde este primer acercamiento, evaluación y modificación de la conducta se confunden. El análisis de conducta o análisis funcional de la conducta se homologan a terapia o modificación de conducta. Lo más característico de este inicial modelo de evaluación conductual es que el análisis ha de dirigirse a hechos observables conductas motoras y a las variables ambientales que provocan o mantienen estas conductas, por lo que el método, lógicamente prioritario, es el de la observación.

Un paso más en esta etapa antecedente a la evaluación conductual lo da Wolpe cuando, en su trabajo sobre inhibición recíproca en 1958, admite el autoinforme de los sujetos a la hora de medir y clasificar a los sujetos en la variable ansiedad.

Así, este autor da una gran importancia a la entrevista y al material procedente de ella; por mediación de esta antigua y tradicional técnica se busca determinar cuales son los estímulos que evocan (las reacciones neuróticas) o pueden evocarlas en el momento actual.

Pero no sólo se aceptan los auto informes de los sujetos sobre las respuestas motoras, cognitivas o fisiológicas, sino que Woipe utiliza propiamente cuestionarios tradicionales, concretamente el cuestionario de autosuficiencia de Benreuter, con el objetivo de determinar la duración del tratamiento (a través de datos generales e indirectos) teniendo en cuenta las respuestas que indirectamente pondrán de manifiesto las capacidades y la motivación frente al tratamiento del sujeto.

Vemos, pues, cómo en otra fase antecedente y de gestación de la evaluación conductual se van perfilando ya dos enfoques un tanto diferentes. Es uno de ellos se tiene en cuenta tan sólo las respuestas motoras de los sujetos (con más o menos rigurosidad), mientras en el otro se van admitiendo los autoinformes de los sujetos e, incluso, se utilizan éstos a la hora de seleccionar las variables dependientes y/o intervinientes del tratamiento.

Evidentemente, este nuevo enfoque a la evaluación supera el diagnóstico con base en los tests y convierte el proceso psicodiagnóstico en un proceso científico y va ser también antecedente del Psicodiagnóstico centrado en el sujeto (Maloney War, 1976).

Posteriormente se perfila, a través de los trabajos de Shapiro y colaboradores (Shapiro y Nelson, 1955; Shapiro, 1957), lo que se ha venido en llamar estudios experimentales de caso único (Davidson y Costelo, 1969), que van a constituir un cuerpo metodológico importante a la hora de renovar la evaluación tradicional, suponiendo a la vez, importantes hallazgos para el tratamiento del caso individual.

En definitiva, los trabajos de Shapiro suponen un acercamiento del psicodiagnóstico a la Psicología básica por cuanto, desde su enfoque, el Psicólogo no se limita a la aplicación de tests, sino que tiene que poseer y aplicar sus conocimientos psicológicos generales, del problema concreto que está examinando.

La constitución (1965.1975)

Es en 1965 cuando suele fecharse la constitución de la evaluación conductual, concretamente con el trabajo de Kanfer y Saslow, Análisis conductual. En él, estos autores (psicólogo el primero y psiquiatra y el segundo), después de realizar una dura crítica al diagnóstico psiquiátrico psicológico, presenta una alternativa funcional o analítico conductual.

Se parte de la idea de que la evaluación psicológica debe dirigirse a la descripción de la conducta problemática de los factores que la controlan y del medio a través del cual puede ser modificada (Kanfer y Saslow, 1965). La aportación fundamental de Kanfer y Saslow, además de conceptualizar y demarcar claramente este nuevo enfoque, es el de manipular las variables a considerar tanto en el trabajo evaluativo como en el terapéutico al tener en cuenta, además de las conductas motoras, los cambios de las discriminaciones perceptivas del paciente.

Evidentemente, las variables ambientales (antecedentes y consecuentes) relacionadas funcionalmente con las conductas problemas, mantienen la misma importancia que en el modelo Skinneriano; la acotación fundamental de estos autores está, pues, en admitir variables organísmicas, fundamentalmente cognitivas en el modelo funcional.

Es importante también la matización que realiza de este extremo; así, nos dice que usando las conductas verbales como base para este análisis, debemos tener precaución para no explicar los procesos verbales en términos de mecanismos internos que, sin que exista evidencia que los soportes, no pueden ser realizadas inferencias sobre inobservables procesos o eventos. Es decir, lo importante es no efectuar abstracciones sobre atributos internos de los sujetos desde sus informes verbales. Así la entrevista, los auto-informes conductuales, las informaciones de otras personas sobre la actividad del cliente, así como la observación directa de las respuestas manifiestas, son métodos utilizados a la hora de realizar el análisis conductual.

Incluso Kanfer y Saslow, en este trabajo, llegan a dimitir la utilización de los tests psicológicos clásicos con la consideración de que gran parte de ellos constituyen condiciones estímulares estandarizadas, a través de las cuales pueden ser recogidas muestras de conductas de las relaciones del paciente ante una situación problema y en una relación interpersonal estresante (Kafer y Saslow, 1965).

Los datos que mediante estos instrumentos se recogen, pueden revelar habilidades del sujeto y su toma en consideración ser útil a la hora de establecer el tratamiento. Pero lo más importante es que las respuestas de los sujetos a estos tests son consideradas como muestra de conducta y no como signo de la existencia de una variable subyacente al sujeto.

Pero este nuevo enfoque, formulado desde la Psicología clínica, se extiende también al ámbito escolar. Bersoff (1971), después de poner de relieve la escasa utilidad de los tests de inteligencia y de logro académico a la hora de predecir el rendimiento escolar, propone una evaluación psicossituacional en el que se mida e interpreta la conducta como producto de la interacción (del escolar) con condiciones específicas de la situación. Plantea, como procedimientos de recogida de información, la observación en situación natural y los tests situacionales apoyados por otros métodos más tradicionales, como entrevista. El objetivo final será el de montar estrategias de intervención cara a resolver los problemas encontrados (Bersoff, 1973; Ellett y Bersoff, 1973).

Dentro también de la Psicología conviene mencionar, la importante obra de Wiggins (1973), *Personalidad y predicción: Principios de la evaluación de la personalidad*, en la que se establecen, muy claramente, las diferencias y semejanzas existentes entre la evaluación tradicional de la personalidad, basada en los rasgos, y la evaluación conductual.

Por otra parte, durante la década de 1965-75, se está produciendo la expansión de la terapia y la modificación de la conducta, lo cual se vierte en múltiples textos. Hay que señalar que en la mayor parte de ellos existen un olvido del tema de la evaluación. Un exponente claro de este hecho está en Yates, quien, en su *Terapia de comportamiento* de 1970, tan sólo se dedica a realizar una crítica al diagnóstico tradicional, tanto psicológico como psiquiátrico, dedicando unos breves renglones al enfoque conductual en la evaluación.

La consolidación (a partir de 1975)

Ya se ha visto el crecimiento notable y significativo del interés por la evaluación durante la década 1965-75. Las palabras de Yates (1975) antes reproducidas, son claramente reveladoras y que se plasman en extensos textos y monografías con el título, ya bien establecido, de Evaluación conductual. Goldfried y Sprafkin, ya en 1974, en su Behavioral Personality Assessment, dieron una visión no rupturista de la evaluación conductual sentando las bases para un nuevo modelo. Hersen y Bellack, en 1976, fueron los primeros compiladores sobre el tema, con su obra Behavioral Assessment.

A Practica Handbook. Este trabajo, eminentemente práctico y que recoge a los más importantes psicólogos del enfoque, se dedica a presentar los sistemas de evaluación dirigido a los distintos trastornos conductuales. En este mismo año, en Alemania, Shulte compilaba distintos trabajos Americanos y Alemanes con el título Diagnostik in der Verhaltenstherapie, y Pelachano, en España, dedica dos capítulos al Análisis funcional de la conducta, en la obra psicodiagnóstico por el dirigida. También en 1976, Mash y Terdal recopilaron una serie de artículos los más representativos sobre el tema habidos durante la década 1965-75.

II.- CARACTERISTICAS DE LA EVALUACION CONDUCTUAL.

1 -La evaluación conductual se basa en los principios teóricos establecidos desde la Psicología experimental y más especialmente desde la Psicología del aprendizaje

2.- La evaluación conductual se dirige a concretas conductas-problema o variables-criterio (o a otras con ellas relacionadas -Esto implica, en primer lugar, que se requiere una planificación de evaluación específica y única para cada sujeto y en relación a las conductas-problema de que se trate. En segundo lugar, que el énfasis fundamental se establece sobre la evaluación de conductas observables objetivamente (bien motoras, bien fisiológicas, por cuanto éstas pueden ser amplificadas y observadas objetivamente). Esta característica de la evaluación conductual está, como es lógico, mediatizada por el modelo teórico de referencia en el que el énfasis se establece en las conductas motoras con la suposición -bien establecida- de que el hecho de que estas conductas motoras puedan ser observadas públicamente, incrementa la fiabilidad y la exactitud de los datos y son más congruentes con el sistema conductual del que parte (Haynes, 1978).

No obstante, y cada vez en mayor medida, se tienen en cuenta también otros comportamientos encubiertos, que llamamos cognitivos, bien como variables mediadoras de la conducta-problema (antecedentes o consecuentes de la misma) bien como conductas- problema en sí mismas, y que, por tanto, habrán de ser tratadas. En último lugar, también se tendrán en cuenta otras conductas no problemáticas positivas que puedan ser relevantes a la hora del tratamiento.

3 - El objetivo fundamental de la evaluación conductual es el de identificar las condiciones que controlan las conductas-problema.- Esto supone que nos interesan prioritariamente las variables internas y externas que, en la situación presente, mantienen a las conductas-problema. Esto se debe a que ellas van a constituirse en variables independientes y, por tanto, van a ser manipuladas durante el tratamiento.

Es decir, el énfasis en las condiciones que controlan la conducta está determinado por el principio de causalidad del modelo conductual.

4.- La evaluación y el tratamiento suponen dos intervenciones psicológicas inseparables

- A través de la evaluación son seleccionadas las variables dependientes e independientes que serán utilizadas durante el tratamiento. Es decir, la especificación de las conductas problema y de las variables que las mantienen supone un requisito previo de toda terapia de conducta. En otras palabras, una correcta evaluación es condición indispensable para un buen tratamiento. Por otra parte, la interdependencia entre la evaluación y el tratamiento se ve más claramente al recordar que el proceso evaluativo, particular para cada caso, es valorado empíricamente a través del tratamiento posterior.

5.- En evaluación conductual se requiere la utilización de datos objetivos, fiables y válidos presentados en forma cuantitativa y recogidos, preferentemente, de la situación natural en la que se encuentra el sujeto.

-Esto implica que el evaluador conductual está preocupado, primeramente, por la obtención de dispositivos de evaluación rigurosos a través de los cuales puedan obtenerse datos fiables y válidos y se realicen mínimas inferencias sobre la conducta de los sujetos.

Han puesto de manifiesto que de 1970 a 1978 la observación se ha utilizada significativamente más que cualquier otro procedimiento de medida. En segundo lugar, por la utilización de datos cuantitativos sobre la adecuación, frecuencia, amplitud, duración, etc., de las conductas-problema (cognitivas, fisiológicas o motoras).

En tercer lugar, que los datos sean tomados, en la medida de lo posible, en las situaciones naturales, ya que los datos así recogidos no sólo presentan una mayor validez externa (Campbell y Stanley, 1973), sino que es en la situación natural donde pueden ser detectadas las variables ambientales que mantienen las conductas problema.

6.- Por último, la evaluación conductual lleva consigo la validación experimental de todo el proceso en el que se integra el tratamiento del sujeto, precisamente al verificar que la manipulación de las variables independientes han producido los cambios esperados en las variables dependientes (o conductas-problema).

Ahora pasemos, a tratar de poner un poco de orden en lo que hoy se llama cognitivo y que, a nuestro modesto entender, constituye un auténtico cajón de estrés .

Múltiples son las significaciones que el término cognitivo ha adoptado a lo largo de los últimos años y en relación con su utilización desde los distintos enfoques dentro de la psicología

Personologismo, estructuralismo genético, Teoría del procedimiento, de la información, conductismo cognitivo (o llamada revolución cognitiva) y Psicología soviética. Desde cada una de ellas se utilizan distintas aceptaciones de lo cognitivo.

Meichenbaum (1977) se refiere a tres tipos o clases de enfoques en el estudio de las conductas cognitivas. Para él, en primer lugar, estarían aquellas propias del enfoque comparativo de grupo (enfoques de riesgo, factoriales, personólogos, estructuralismo genético, etc.) en lo que se realizan comparaciones entre distintos sujetos en una serie de tareas, lo cual lleva a la clasificación de los individuos según constructor hipotéticos subyacentes al sujeto y que no pueden ser observados directamente. En segundo lugar, Meichenbaum se refiere a lo cognitivo según un enfoque que él denomina del déficit cognitivo.

Lo cognitivo, desde esta perspectiva, viene definiendo como la descripción de la naturaleza de las estrategias requeridas para la ejecución de una tarea (Meichenbaum, 1977). En resumen, el enfoque funcional-cognitivo Analiza secuencialmente procesos psicológicos, el evaluador deberá poner el énfasis en la demanda psicológica de una tarea particular y en el secuencialmente organizado de los procesos cognitivos que requieren su adecuada ejecución.

Las variables más importantes, desde la perspectiva evaluativa, son las siguientes:

1.- En primer lugar, las variables relacionadas a cómo percibe el sujeto su ambiente, Es decir, cómo selecciona, discrimina, valora, califica y explica el mundo físico y entorno social

Dentro de ellas, las que consideramos más relevantes son las atribuciones (Valins y Nisbett, 1972), así como las creencias (Ellis, 1962), a través de las cuales el sujeto da razones causales sobre su ambiente y su mundo interior y que, en definitiva, está funcionalmente relacionada con las conductas-problema por las que consulta o son, en sí mismas, conductas-problema

2.- El segundo grupo de variables se organizan en torno a cómo elabora el sujeto la situación-problema en el sentido de lo que se dice. De un lado incluiríamos las auto-instrucciones de que se suministra así mismo y que tanta importancia tiene para ciertos problemas psicológicos (resaltadas, fundamentalmente, por Meichenbaum, 1974, 1977). También las estrategias de pensamiento el sujeto que utiliza en la resolución de problemas cognitivos y cuyas evaluaciones se ha mostrado necesaria a la hora de tratar múltiples trastornos (Meichenbaum, 1977. Feuerstein, 1979a y b; Luria y Tsvetkova, 1967).

3.- Por último, el tercer grupo de variables está integrado por la anticipación de las consecuencias que se espera tenga la conducta, así como por los refuerzos que se auto-proporcionan al sujeto. Como se sabe, las consecuencias externas mantiene distintas funciones (Bandura, 1974, 1977a), de entre las cuales está la de provocar la anticipación o expectativa sobre los resultados externos de la conducta.

Todas estas actividades encubiertas son clases de conductas cognitivas cuya evolución puede ser útil o incluso imprescindible a la hora de seleccionar las variables dependientes así como las técnicas de manipulación a utilizar en un determinado caso. Así, tales conductas cognitivas pueden erigirse tanto en conductas problema como estar relacionadas funcionalmente con ellas, es decir, pueden ser sus antecedentes o consecuentes internos.

CAPITULO II

Relación entre evaluación y tratamiento en el enfoque conductual

Dentro de la psicología como alternativa a los sistemas psicoterapéuticos dominantes históricamente en el tratamiento de los problemas psicológicos y en especial en relación con el enfoque conductual que actualmente la caracteriza, se ha desarrollado uno de los más genuinos y más, importantes sistemas de tratamiento de los problemas clínicos. la denominada terapia o modificación conductual, basados en los principios que la Psicología a través de la aplicación del método científico, ha ido acumulando a lo largo de su desarrollo .

La terapia conductual, por su propia naturaleza, y de acuerdo igualmente con el método científico que le sirve de base, constituye como afirma Haynes (1978) un sistema de procedimientos y construcciones en continua evolución y sometido a una constante auto-evaluación y auto-corrección. La terapia conductual, en síntesis, constituye un sistema en continuo progreso que somete sus principios y métodos a una evaluación y corrección constante en función del empirismo que la caracteriza y le sirve de base. Esta dependencia de la investigación, empírica , explica precisamente, la importancia fundamental que para el terapeuta de la conducta tiene la evaluación.

Ciertamente, una de las principales características del enfoque conductual en el abordaje de los problemas clínicos, o de cualquier otro tipo, la constituye la estrecha relación existente entre evaluación e intervención o tratamiento, dándose entre ambos procesos una mutua y constante interdependencia, de modo que cada uno de los sistemas tanto de evaluación como de tratamiento, pueden ser a su vez evaluados o validados a través de los efectos recíprocos de un sistema sobre otro.

En primer lugar se observa, la dependencia de la intervención o tratamiento respecto de la evaluación. Para estos se observarán, las cuatro fases principales en que suele desarrollarse la intervención en terapia de conducta desde el primer contacto con el cliente hasta la finalización de la terapia una vez rehabilitado al mismo (Yates, 1976) Estas cuatro fases suelen describirse como:

1. Evaluación del problema o análisis de conducta.
2. Selección de las conductas-clave a modificar.
3. Intento de modificación de las conductas-clave (tratamiento).
4. Valoración de los resultados.

La primera de estas fases, de la evaluación o análisis del problema, constituye fundamental y exclusivamente una fase de evaluación. En ella se lleva a cabo la especificación y el análisis detallado del problema o problemas que presenta el sujeto. El análisis de conducta, constituye desde la perspectiva conductual, la alternativa al diagnóstico tradicional, al que ha conseguido desplazar. Respecto a la evaluación de conducta y su relación con la intervención terapéutica posterior, cabe afirmar que esta relación es estrecha y fundamental, pues el análisis que se haga del problema va a guiar al terapeuta y la exactitud del mismo va a depender en buena medida el éxito o fracaso de la intervención .

Por último la evaluación de un problema y la intervención terapéutica posterior al mismo suelen ser realizadas por una misma persona, el psicólogo. lo que además de avalar la estrecha relación existente entre evaluación y tratamiento, integrada en un mismo individuo ambos roles, el de evaluador y el de terapeuta, satisfaciendo así una de las aspiraciones de los psicólogos.

La segunda fase, tiene lugar como una consecuencia directa del análisis de conducta previamente realizado, la selección de las conductas -problema o conductas-clave y asimismo la especificación de las variables que las controlan o mantienen es sobre las que habrá de centrarse la intervención terapéutica posterior.

Durante la tercera fase, se intenta la modificación de las conductas-clave previamente seleccionadas, mediante la aplicación de un plan de intervención, sirviendo de base al diseño de este plan terapéutico, teniendo un lugar adecuado también de forma prominente, en la evaluación de los resultados parciales que se vayan produciendo como efecto de la intervención terapéutica.

La última fase de valoración de los resultados, vuelve a ser una fase eminentemente evaluadora en la que se comparan los resultados obtenidos en la aplicación del correspondiente programa terapéutico.

La evaluación conductual sirve fundamentalmente al propósito de seleccionar las conductas objeto de modificación, junto a las variables que controla o mantiene dichas conductas y a la evaluación de los resultados de la correspondiente intervención terapéutica. La propia evaluación conductual puede, a su vez, ser evaluada a través de los resultados obtenidos del tratamiento (Bijou y Peterson, 1971; Nelson, y Heyes, 1979) Es lo que se conoce con el nombre de validez de tratamiento, y no es otra cosa que la determinación de la utilidad práctica de la evaluación conductual en la medida en que esta contribuye al resultado del tratamiento.

La evaluación conductual como análisis experimental de la conducta

El psicólogo clínico de orientación conductual difiere en muchos aspectos de los profesionistas afines encuadrados en otras orientaciones. ¿Dónde mejor pueden observarse estas diferencias?, es en la práctica clínica. En la aplicación de la modificación de la conducta al tratamiento de casos, el psicólogo suele proceder con la misma metodología que utiliza en la investigación básica dentro de su área y que no es otra que la metodología científica más general

El proceso de evaluación y modificación de la conducta

La metodología en el proceso de evaluación de los modelos tradicionales se ha tratado, en general (con excepción de Shapiro, 1951; Malony y Ward, 1976; Pelechano, 1976), en la suposición de que consistía más en un arte que en un auténtico método científico. Esta fue la razón por la que, utiliza el método científico hipotético deductivo al proceso psicodiagnóstico, cualquiera que fuese el modelo teórico de referencia en tanto, ese modelo se adecuara a las características básicas científicas El proceso propuesto entonces constaba de cinco fases:

1. Observación y primera captura de información
2. Formulación de hipótesis
3. Deducción de conclusiones y planificación de instrumentos para su contrastación.
4. Verificación de hipótesis (en el caso de no constatación deberá volverse a la fase 2).
5. Descripción, predicción y/o explicación del comportamiento, en su caso orientación y toma de decisiones.

Y ya que la terminación en las fases 5 se aplicaba fundamentalmente a un psicodiagnóstico de corte clásico (llamémosle pasivo), en el que la intervención del psicólogo evaluador termina con la orientación y toma de decisiones; pero si, se trata de un psicodiagnóstico en el que la evaluación no es sino un paso para una concreta intervención o tratamiento psicológico (como en el caso de la evaluación conductual), nuevamente el rigor experimental vuelve a poderse aplicar. En este caso, el proceso de evaluación será el antecedente necesario para la selección de las variables dependientes e independientes a utilizar en un diseño experimental. La enorme ventaja de esta evaluación activa o conductual, está en que las hipótesis explicativas formuladas en base a las reacciones funcionales establecidas entre las conductas problema y ciertas variables ambientales (variable independiente) surtan los efectos supuestos sobre las conductas problema (variables dependientes) ya que un objetivo importante entre los evaluadores es el de no evaluar sin modificar, ni modificar sin evaluar. El proceso en la evaluación no puede terminar con la orientación y toma de decisiones sobre el caso, por lo que la metodología propuesta entonces debe ser modificada.

Son muchos los evaluadores conductuales que se han esforzado en planear fases, pasos, momentos o funciones de la evaluación. Así, Kanfer y Saslow (1969) propusieron un modelo de procesos alternativos al del diagnóstico tradicional que se llevaba a cabo a través de los siguientes puntos,

1. Análisis de la situación problema.
2. Clasificación de la situación problema.
3. Análisis motivacional.
4. Análisis del desarrollo.
5. Análisis del auto-control.
6. Análisis de las relaciones sociales.
7. Análisis del desarrollo social-cultural-físico

Schulte (1976), partiendo de esas características propuestas por Kanfer y Saslow, simplifica a tres de las fases fundamentales del proceso de evaluador, ya que, cada una de ellas, contesta a tres preguntas significativas:

1. ¿ Cuáles son los comportamientos específicos que necesitan modificación, su frecuencia, intensidad, duración y las condiciones en las que aparecen ?
2. ¿ Bajo qué condiciones se adquirió el comportamiento y qué factores lo mantienen actualmente?
3. ¿ Cuáles son los mejores métodos que pueden producir el cambio deseado?.

Haynes (1978), por su parte, propone diez objetivos básicos a aclarar durante el proceso evaluador :

- 1 Selección y especificación de las conductas problema .
- 2 Especificación de los eventos consecuentes.
- 3 Especificación de los antecedentes o estímulos de control en situación
- 4 Derivación de las medidas cuantitativas de la conducta y de los acontecimientos ambientales.
5. Educación del cliente.
- 6 Evaluación de los factores históricos relevantes.
7. Refuerzo del cliente y el análisis conductual
8. Muestras de conducta que puedan facilitar la evaluación de la generalización o efecto de la intervención.
9. Evaluación del potencial mediador del ambiente social.
10. Evaluación de las variables cognitivas y fisiológicas (Haynes, 1978).

Hawkins (1979) destaca las siguientes etapas en el proceso evaluativo :

- 1 Disposición general.
2. Definición y cuantificación general del problema.
3. Diseño de intervención
- 4 Evaluación del progreso.
5. Seguimiento.

Otros muchos autores (Cautela y Upper, 1975; Keefe, Gordon y Kopel, 1978, Hersen, 1976; Cimiero, 1977; Gambriel, 1977) se han ocupado, en mayor o menor medida, de formular los objetivos que deben ser cumplidos durante la evaluación conductual. No obstante, en muchos casos queda claro cuales deben ser los pasos que deben efectuarse. Además, aunque todos los autores plantean, en definitiva, cuestiones semejantes, existen entre ellos algunas diferencias que son imputables al modelo teórico del que parte cada autor.

Es por ello que se deben mantener dos características fundamentales. La primera de ellas, que debe adecuarse a la metodología científica .

La segunda, que debe de responder al modelo teórico y a los objetivos básicos de la evaluación conductual .

Seis son las fases propuestas a través de las cuales debe llevarse a cabo el análisis y la modificación de conducta del sujeto-cliente:

- A) Formulación y evaluación del problema .
- B) Formulación de hipótesis
- C) Selección de conductas clave y variables relevantes.
- D) Tratamiento: Recogida de datos pertinentes a las hipótesis
- E) Valoración de los resultados.
- F) Seguimiento.

Formulación y evaluación del problema.

Dos son los objetivos fundamentales a lograr, relacionados con los supuestos teóricos del enfoque conductual:

1. Delimitación del problema.
2. Especificación de las variables relevantes en la relación con las conductas problema.

En la consecución de estos objetivos, tres son las etapas necesarias. a) formulación inicial de las conductas problema y especificación de la lista teórica de las variables relevantes que actúan sobre estas conductas problema; b) programación de las técnicas que han de ser utilizadas para la definición operativa de las conductas problema y de las variables relevantes que constituirán la lista empírica de las que pensamos actúan en el caso concreto que tratamos. Vemos cada una de esas etapas o momentos. c) Definición operativa de las conductas-problema y listado empírico de las variables relevantes del caso.

CAPITULO III
MODELO
ECOLOGICO

ECOLOGIA SOCIAL Y EVENTOS DE LA VIDA

La evaluación conductual se basa en los principios teóricos establecidos desde la Psicología experimental y más especialmente desde la Psicología del aprendizaje, que dirige a concretas conductas-problema o variables-criterio (o a otras con ellas relacionadas). Esto implica, en primer lugar, que se requiere una planificación de evaluación específica y única para cada sujeto y en relación a las conductas-problema de que se trate. El objetivo fundamental de la evaluación conductual es el de identificar las condiciones que controlan las conductas-problema. La evaluación y el tratamiento suponen dos intervenciones psicológicas inseparables.

A través de la evaluación son seleccionadas las variables dependientes e independientes que serán utilizadas durante el tratamiento. Por otra parte, la interdependencia entre la evaluación y el tratamiento se ve más claramente al recordar que el proceso evaluativo, particular para cada caso, es valorado empíricamente a través del tratamiento posterior.

En la evaluación conductual se requiere la utilización de datos objetivos, fiables y válidos presentados en forma cuantitativa y recogidos, preferentemente, de la situación natural en la que se encuentra el sujeto.

Los datos sean tomados, en la medida de lo posible, en las situaciones naturales, ya que los datos así recogidos no sólo presentan una mayor validez externa (Campbell y Stanley, 1973), sino que es en la situación natural donde pueden ser detectadas las variables ambientales que mantienen las conductas problema.

En la evaluación conductual lleva consigo la validación experimental de todo el proceso en el que se integra el tratamiento del sujeto, precisamente al verificar que la manipulación de las variables independientes han producido los cambios esperados en las variables dependientes (o conductas-problema).

Por las razones anteriormente citadas sobre las características principales de la evaluación conductual en la cual percibe que las conductas del ser humano son resultado de su medio ambiente y de su capacidad de adaptarse a este. El modelo ecológico comparte las mismas razones de que las conductas del ser humano son resultado de su medio ambiente y que sus conductas son únicas al igual que sus conductas problema lo son y por lo tanto deben de tratarse de forma individual.

El enfoque ecológico en las ciencias sociales, postula que la sociedad y las comunidades humanas son un complejo sistema de interdependencia análogo al ecosistema natural en biología. Así, los biólogos definen al ecosistema como un conjunto formado por la interacción de los organismos entre sí y por factores físicos y químicos de su ambiente (Díaz-Guerrero e Iscoe, 1984).

Catalano, en Ciencias de la Salud, y Urie Bronfenbrenner, en Psicología, han hecho importantes contribuciones al enfoque ecológico (1977, 1979). Un precepto básico de esta aproximación es que los patrones de conducta individual están condicionados por las características de un entorno físico y social y por las características de la comunidad en la que habita el individuo.

3 - Grado de acuerdo con las premisas ultra tradicionales, estereotípicas de la propia cultura (machismo, obediencia afiliativa, virginidad, abnegación, temor a la autoridad, status que familiar, etc.)

4 - La habilidad personal para enfrentar el estrés

5.- Grado de satisfacción con el estándar económico de vida a través de la apreciación de la presente situación económica y esperanza de mejoría, grado de preocupación con la propia situación económica.

VARIABLES CONTEXTUALES

Desde hace tiempo se ha demostrado que una proporción sustancial de la varianza en la conducta está determinada por variables contextuales (situacionales y ambientales). Asimismo, se ha demostrado que puede ocurrir diferencias importante en la conducta en los mismos individuos cuando están en diferentes medios (Barker y Gump, 1964; Endler y Hunt, 1968; Moos, 1969).

En este sentido, Moos (1973) presenta las siguientes categorías de dimensiones que han sido empleadas para relacionar características de los ambientes con índices de funcionamiento humano. Estas categorías no son exclusivas, se traslapan y se interrelacionan mutuamente

1.- Dimensiones ecológicas: incluyen variables de diseño físico y geográfico.

2 - Escenarios conductuales: Son unidades caracterizadas por propiedades ecológicas y conductuales.

3.- Dimensiones de estructura organizacional.

4.- Dimensiones que identifican las características colectivas, personales y/o conductuales del ambiente de los habitantes .

5.- Dimensiones relacionadas con las característica psicosociales y climas organizacionales

6 - Estudio de variables relevantes a los análisis funcionales o de reforzamiento de los ambientes

Moos y sus colaboradores han estudiado tipos diferentes de ambientes sociales y han desarrollado escalas de clima percibidos para cada uno de ellos .

- A Pabellones psiquiátricos
- B. Programas de tratamiento psiquiátrico orientados a la comunidad
- C. Instituciones correctivas
- D. Campañas de entrenamiento militar básico
- E Residencias de estudiantes universitarios.
- F. Salones de clases en escuelas de educación media y media superior
- G Grupos sociales orientados hacia una tarea y grupos terapéuticos.
- H. Medios Laborales .
- I Familia

A partir del análisis de las diferentes escalas, Moos conceptualizó tres tipos básicos de dimensiones que caracterizan y discriminan entre diferentes sub-unidades dentro de cada uno de estos nueve ambientes

- 1.- **Relaciones:** Evalúa en qué medida los individuos se apoyan y se ayudan entre ellos
- 2.- **Desarrollo Personal:** Evalúa las áreas básicas hacia las que se dirige el desarrollo y el auto-crecimiento de los individuos.
- 3.- **Mantenimiento y Cambio del Sistema:** Se subdivide en orden y organización, calidad y control. Esta dimensión está relacionada con criterios importantes tales como la moral y con índices de conducta de afrontamiento.

La relevancia específica de estas técnicas de medición del clima social es que identifican factores que tienen efectos demostrables sobre la conducta individual y de grupo.

ESTRES Y EVENTOS DE LA VIDA

Regulamiento, las situaciones que requieren de respuestas por parte del individuo tienen características estresantes tanto en un sentido positivo como negativo.

ESTRES

Folkman (1984) define el estrés como una relación entre la persona y el ambiente la cual es evaluado como resanado o excediendo sus recursos y dañando su bienestar. Dentro de esta concepción, el estrés emocional se diferencia principalmente de otros estados desagradables por su especificidad, ya que está determinado por circunstancias amenazantes particulares del ambiente y es una condición con límites temporales claros, no permanentes.

El ESTRES también se ha definido como estímulo (*estresor*); como producto de un conflicto intrapsíquico centrándose en las necesidades, motivos, impulsos o creencias; o como una respuesta, tal como excitación fisiológica o estrés subjetivo.

Existen varias clasificaciones del estrés. Entre ellas están las siguientes:

Estrés orientado al proceso. Tiene dos significados en relación con la teoría cognoscitiva del estrés:

- a) Que la persona y el ambiente están en una reacción dinámica que está cambiando consistentemente
- b) Que esta relación es bidireccional con la persona y el ambiente, cada uno actuando sobre el otro (Folkman, 1984).

Estrés ambiental. Definido comúnmente como circunstancias ambientales que demandan cambio y adaptación (Holmes y Masuda 1974; Seyle, 1956).

Estrés emocional . Se distingue principalmente de otros estados negativos por su especificidad en relación con dos aspectos

a) Esta determinado por circunstancias estresantes y amenazantes particularmente del ambiente

b) Ser una condición que tiene límites claros y definidos más bien que un estado total y envolvente del organismo (Pearlin y Scholer, 1978)

CIRCUNSTANCIAS ASOCIADOS CON LA RESISTENCIA AL ESTRES

Los factores de resistencia al estrés categorizan la fortalezas individuales y ayudan a mantenernos con salud cuando ocurren estresor e inevitables (Kobasa, 1982) La importancia potencial de tales moderadores del estrés se resalta por el tamaño de la asociación entre los estresores de la vida y enfermedad (generalmente abajo de .30 y de la desviación estándar en clasificaciones de enfermedad (a veces muy arriba de la media; Rabkin y Struening, 1976) como también por la observación de que la mayoría de la gente permanece en buena salud aún bajo niveles altos de estrés (Hinkle, 1974).

CIRCUNSTANCIAS ESTRESANTES DE LA VIDA

EVENTOS DE VIDA

En un intento para identificar los aspectos más estresantes de cambio en la vida, los eventos se han categorizado en dimensiones tales como: grado de ajuste requerido, deseabilidad, predicción control entradas contra salidas del campo social, crónicos contra agudos, esperados contra no esperados y los más importantes, positivos contra negativos (Dohrenwend y Dohrenwend, 1978).

La evidencia indica que los eventos indeseables se asocian más con un funcionamiento dañado que los eventos deseados (Vinokur Selzer, 1975) Sin embargo, la variación individual en la evaluación y en la respuesta a eventos específicos de la vida (Redfield y Stone, 1979) ha integrado una búsqueda de recursos personales y sociales que pueden ser factores moderadores de los efectos del estrés

Billings y Moos (1981), examinaron seis tipos de eventos estresante: enfermedad, muerte, económicos, niños, otros interpersonales y otros no interpersonales para determinar si sí diferentes categorías de respuestas de afrontamiento fueron usadas más frecuentemente según el evento.

Lazarus y Launier (1978) mantiene que el rasgo sobresaliente de una respuesta a un estresor es la evaluación del individuo acerca de la situación. Propone que un evento puede ser considerado como una pérdida, una amenaza o un desafío, entendiéndose como:

PERDIDA: Daño ya ocurrido (muerte de un amigo).

AMENAZA: Daño que es anticipado y que puede ser o no inevitable.

DESAFÍO: difiere de las amenazas en su tono positivo aunque, como todo estresor, requiere de esfuerzos importantes de parte del individuo.

Las amenazas y los desafíos son crónicos, mientras que las pérdidas tienden a ser estresores agudos. En su perspectiva transaccional, pérdida, amenaza y desafío, son características de las relaciones del individuo y ambiente. Alternativamente, pueden ser considerados atributos objetivos de los eventos estresante.

Debe mencionar también que la conducta específica en situaciones concretas está determinada por un enorme número de insuficiencias, muchas de ellas altamente idiosincrásicas.

El hecho de que las clasificaciones de eventos de Lazarus y Launier influya grandemente en la varianza para el uso de mecanismos de afrontamiento, sugiere que esta clasificación cubre dimensiones importantes de significado psicológico en las situaciones y, por tanto, su gran utilidad en esta área.

Una aproximación importante a la medición del estrés dentro de una perspectiva psicométrica es la de detectar cuáles eventos de vida influyen más frecuente y directamente en el hecho que los individuos experimentan estrés o ansiedad

Un modelo explicativo de la relación de los eventos de vida como estresores y su impacto en provocar desórdenes psicológicos es el propuesto por Dohrenwend (1978). Dentro de este modelo se considera que el estrés puede provocar efectos sobre el individuo que depende de factores situacionales y de afrontamiento incluyendo además el uso de apoyos sociales y características personales propias. Dichos efectos se pueden enunciar como sigue:

| |
|---|
| <p>CRECIMIENTO Los individuos usan el evento de la vida para un cambio en el desarrollo psicológico ulterior.</p> <p>STATUS QUE Los individuos regresan a su estado psicológico pre-estrés.</p> <p>PSICOPATOLOGÍA La relación de este estrés persiste y parece ser auto-sostenida.</p> |
|---|

Los eventos negativos dan como resultado desórdenes psicológicos, mientras que los positivos impactan sobre el efecto positivo o sobre la satisfacción de vida .

De acuerdo con Lazarus, Kanner y Folkman (1980) los eventos positivos pueden servir como moderadores del estrés al generar sentimientos y estados positivos que facilitan la adaptación al estrés.

MEDICION DEL ESTRES

La Social Readjustment Rating Scale de Holmes y Rahe (1967) es un cuestionario que se basa en las estimaciones de la magnitud del reajuste social que una persona promedio puede experimentar cuando ocurre un evento. En este instrumento, "reajuste social" se refiere al grado y duración de la adaptación de una persona a un evento de vida, en relación con la deseabilidad del evento.

Dentro de sus características tenemos que se auto-administra y que contiene una lista de 43 eventos a los que los sujetos responden registrando los eventos que han experimentado durante los seis meses anteriores o un año. De los resultados obtenidos con la aplicación de este cuestionario se deriva que el estrés de vida puede afectar a los individuos diferencialmente, dependiendo del grado del control percibido sobre los eventos. Este instrumento ha sido cuestionado proponiéndose varias subclasificaciones y aún existe controversia en cuanto a su generalización .

Existen otros instrumentos como el Sarason, Jhonson y Siegel desarrollado en 1978 "The Life Experiences Survey" (LES) para medir cambios en la vida y el de Dohrenwend, Krassnoff, Askenasy y Dohernwend (1978) denominado "The Peri Life Events Scale, que es una lista de 102 eventos.

El HDL de Salud Física y Vida Cotidiana (Moos 1985 a) es un instrumento estructurado que puede administrarse tanto en forma de entrevista como de cuestionario. El HDL incluye preguntas en las que se detectan factores socio demográficos, así como también una gran variedad de series o conjuntos de indicadores que sondea: el funcionamiento social y de la salud física, los eventos estresantes y su resistencia, así como las respuestas de afrontamiento y los recursos sociales con los que se cuenta.

A pesar de que algunos de los indicadores resultaron de la adaptación de los estudios de otros investigadores, Moos Y BILLINGS, estos autores han desarrollado otros indicadores recientes, los cuales han demostrado ser de utilidad para los investigadores interesados en el proceso de adaptación Psicosocial entre poblaciones médicas, psiquiátricas y comunitarias.

La Versión revisada para adultos (Forma B) del HDL se desarrolló fundamentándose en la forma inicial (Forma A). Se utilizó en un estudio longitudinal del tratamiento de consulta externa para pacientes deprimidos y sus familias La forma B, también se ha utilizado para evaluar el estrés y sus formas de afrontamiento en un grupo de hombres y mujeres de una comunidad que tenían las mismas características sociodemográficas que los pacientes deprimidos bajo tratamiento

Se han utilizado los indicadores del HDL para evaluar la influencia de factores ajenos al tratamiento en intervenciones de consulta externa, así como para analizar los recursos sociales y los procesos de afrontamiento que utilizan las personas en su adaptación y evitar los procesos estresantes de la vida diaria. Este trabajo se basa en un marco conceptual general que considera que los factores ambientales y personales determinan las circunstancias estresantes de la vida diaria y que son los recursos sociales y de afrontamiento los que moderan adaptativamente dichas circunstancias estresantes. La utilidad general de este marco conceptual , así como los diferentes tipos de indicadores que se incluyen en el HDL se describen en : (Moos 1985 a).

Los autores revisaron las aplicaciones del marco conceptual, los indicadores de la teoría Psicosocial, así como su uso en investigaciones sobre depresión (BILLINGS Y Moos, 1982 a, 1985), así como los estudios de recuperación y de reincidencia entre pacientes alcohólicos en. (BILLINGS Y Moos, 1983).

También revisaron la actualización y la utilidad de las mediciones de los procesos de afrontamiento y sus respuestas (MOOS Y BILLINGS, 1982) y de los recursos de las redes sociales (Moos, 1985 b, Moos y MITCHELL, 1982).

Estas referencias sirven a los investigadores como material teórico, en relación a los eventos que sometan a estudio en la utilización de los indicadores del HDL.

FACTORES DE APRONTAMIENTO.

Se han realizado varios estudios dirigidos a la identificación de los recursos personales y/o ambientales que están relacionados con el hecho de permanecer saludable durante periodos de vida estresantes (Holahan y Moos, 1987). ya que para poder comprender la salud y la enfermedad psicológica, es necesario desarrollar estructuras predicativas que vinculen el ajuste con la vulnerabilidad y con factores de resistencia

El afrontamiento representa una transición entre un individuo y su ambiente. El afrontamiento nunca debe ser elevado sin considerar las demandas ambientales que crean la necesidad de su empleo. Es esencialmente descubrir cómo cada tipo de situación inicial, forma y limita las formas de afrontamiento.

Los intentos individuales para enfrentarse a los eventos de la vida, usualmente han sido considerados como una serie compleja de procesos dirigida hacia la moderación del impacto de tales eventos sobre el funcionamiento físico, social y emocional.

DEFINICIONES

El afrontamiento se ha definido como:

“Cualquier intento para dominar una nueva situación que pueda ser potencialmente amenazante, frustrante, desafiante, o gratificante” (Lois Murphy, 1962, en Coelho y col. 1974).

Aunque el afrontamiento tiende a ser examinado en el contexto de amenaza, frustración y de emociones negativas, también son relevantes los contextos más positivos de desafío y de gratificación, incluyendo las emociones positivas relacionadas con éstos.

“ Los esfuerzos cognitivos y conductuales para dominar, reducir o tolerar las demandas internas y/o externas que son creadas por la transacción estresante” (Folkman y Lazarus, 1980; Lazarus y Launier, 1978).

“Conductas, cogniciones y percepciones en las que se ocupa la gente cuando contienda con los problemas de la vida” (Pearlin y Schooler, 1978).

En este sentido, los recursos psicológicos representan algunos rasgos que tiene la gente independientemente de los roles particulares que juegan y las respuestas de afrontamiento representan algunas de las cosas que la gente hace, los esfuerzos concretos que realiza para manejar las tensiones de la vida que surgen en sus diferentes roles.

“Las conductas que protegen a la gente de ser dañada psicológicamente por experiencias sociales problemáticas. Una conducta que modera de manera importante el impacto que las sociedades tiene sobre sus miembros” (Pearlin y Schooler, 1978)

“Intentos del individuo para utilizar recursos personales y sociales que lo ayuden a manejar reacciones de estrés y a realizar acciones específicas para modificar los aspectos problemáticos del ambiente” (Bilings y Moos, 1981).

Estos investigadores han sugerido que se requieren diferentes estrategias de afrontamiento para las diferentes situaciones de la vida.

CLASIFICACIONES

Las clasificaciones más conocidas en la literatura sobre el tema son las de Lazarus (1966) y Moos (1977) donde se describen tres estrategias generales de afrontamiento:

AFRONTAMIENTO COGNITIVO-ACTIVO:

Se refiere a los intentos que hace el individuo para realizar su evaluación sobre la dificultad del evento.

AFRONTAMIENTO CONDUCTUAL- ACTIVO

Se refiere a las conductas que ha llevado a cabo el individuo para tratar directamente con el problema y sus efectos.

EVITACION DEL AFRONTAMIENTO

Se refiere precisamente a evitar confrontar el problema o de deducir indirectamente la tensión emocional por medio de conductas como fumar o comer más.

FUNCIONES

Las investigaciones sobre afrontamiento ha señalado de que una de las funciones de éste es la regulación de la emoción que provoca un estresor (Moos, 1977; McCrae, 1984). Por otro lado, se ha enfatizado en que la función del afrontamiento en la solución de problemas es la facilidad de la toma de decisiones y/o la acción directa para remover los estresores (Averill, 1973; Silver y Wortman 1980).

El afrontamiento tiene principalmente las siguientes funciones: regulación de la emoción o estrés y solución de problemas.

AFRONTAMIENTO ENFOCADO A LA EMOCION

(regulación afectiva de las emoción o estrés).

El afrontamiento enfocad a la emoción puede ser usado, por ejemplo, para alterar el significado de una situación y por lo tanto, realiza el sentido de control del individuo sobre su estrés (Averill, 1973, Silver y Wortman, 1980). Son respuestas cognitivas cuya función principal es analizar las consecuencias emocionales de los estresores y ayudar a mantener el equilibrio emocional. Entre estas tenemos la regulación afectiva y la descarga emocional expresión verbal y conductual de efecto negativo y esfuerzos indirectos para reducir tensión.

AFRONTAMIENTO ENFOCADO AL PROBLEMA

(búsqueda de información, conductas aplicadas a la resolución del problema que está causando el estrés).

El afrontamiento enfocado al problema se usa para controlar la relación problematizada persona-ambiente a través de resolución de problemas. toma de decisiones y/o acción directa. Son intentos por modificar o eliminar las fuentes del estrés a través de la propia conducta (Antonovsky, 1979; Lazarus, 1980. Pearlin y Schooler, 1978).

La importancia de tener al menos algún control sobre las propias emociones cuando se trata de manejar o alterar una situación problemática es una razón por la que el afrontamiento esta enfocado al problema se acompañará del afrontamiento enfocado a la emoción en muchos encuentros estresantes.

Resumiendo, la función protectora del afrontamiento puede ser ejercida de tres maneras:

- 1 - Eliminando o modificando las conductas que dan origen a los problemas .
- 2.- Controlando preceptualmente el significado de la experiencia de una manera que neutralice su carácter problemático.
- 3 - Manteniendo las consecuencias emocionales de los problemas dentro de limites manejables.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Los modelos teóricos enfatizan que la selección de estas estrategias están determinadas no sólo por características estables del individuo sino también por características situacionales (Lazarus y Folkman 1984; Mattin y col. 1990).

Las situaciones en las que las personas consideran que pueden hacerse algo constructivo o que son evaluadas como requerimiento de más información favorecen el afrontamiento enfocado al problema, mientras que aquellas que tienen que ser aceptadas favorecen el afrontamiento enfocado a la emoción.

Según Mattin y Col. (1990), existen tres estrategias de afrontamiento mala adaptativas para tratar con problemas de corto plazo: el afrontamiento cognoscitivo activo y la revaloración.

La revaloración positiva puede promover ajuste facilitando el afrontamiento enfocado a los problemas y éstas asociadas al afrontamiento conductual activo. Los efectos dañinos de la revaloración positiva son confinados a la ansiedad en situaciones no caracterizadas por alta amenaza, mientras que esta estrategia parece reducir la depresión entre personas que enfrentan eventos de alta pérdida. La religión parece beneficiar marcadamente a aquellos que enfrentan estas situaciones, además de que el orar reduce significativamente el estrés relacionado con la depresión

El afrontamiento cognitivo activo tiene sus efectos más pronunciados entre la gente que se enfrenta con eventos de baja pérdida o con eventos de alta amenaza, el afrontamiento conductual activo es más efectivo en respuestas a eventos de alta amenaza

El afrontamiento cognitivo activo está asociado generalmente con ajustes emocionales pobre y el afrontamiento conductual activo con un ajuste positivo . El hecho de que el afrontamiento conductual cognoscitivo sea considerado generalmente una estrategia negativa sugiere que esta clase de patrón de afrontamiento puede ocurrir más frecuentemente como respuesta a situaciones que no pueden ser cambiadas, la inhabilidad para cambiar una situación casi siempre puede aumentar sus características estresantes Posiblemente también puede ser peligroso rumiar sobre un problema mientras se incrementa su magnitud.

Cuando se emplean estrategias de afrontamiento de evitación como respuesta a estresores de la vida cotidiana esto viene a ser un factor de riesgo significativo. Sin embargo, un período intermedio de evitación cognoscitiva (negación) puede ser útil pues proporciona tiempo para conjuntar recursos personales en las fases iniciales del afrontamiento de crisis de la vida inesperadas y devastadoras Pero, si un individuo continúa utilizando estrategias de afrontamiento de evitación, la crisis y sus consecuencias no son afrontadas directamente y es más probable que se tenga como resultado una disfunción psicológica (Moos & Schaefer, 1984).

RECURSOS SOCIALES Y DE APOYO

Es importantes mencionar que las respuestas de afrontamiento puede tener diferentes recursos, los cuales incluyen aspectos físicos, sociales, psicológicos y materiales, los cuales son evaluados con respecto a las demandas de situación, ejemplo de estos son: **físicos** (salud, energía); **sociales** (redes sociales y sistemas de apoyo), **psicológicos** (habilidades para resolver problemas, auto-estima) y **materiales** (dinero, herramientas y equipo).

APOYO SOCIAL

Dentro del conjunto de factores más estudiados en la investigación sobre la resistencia del estrés, están los recursos de redes sociales o apoyo social . Esto se debe a que se ha observado que la presencia de recursos sociales está asociado con la salud física y mental (Holaham y Moos, 1987, Heller y Swindle, 1983; Moos y Mitchell, 1982).

El apoyo social se ha definido como **información** que lleva a las personas a creer que son amadas, estimadas y que forman parte de una red de comunicación y obligaciones mutua (Cobb, 1976, en Barrera y cols., 1981).

Caplan (1974) define el sistema de apoyo social como conjuntos sociales continuos (principalmente interaccionales continuas con otro individuo, una red de grupo o una organización) que proporciona a los individuos oportunidades de retro información acerca de ellos mismos.

Varios investigadores (Cohen y Syme, 1985; Pearlin, 1985; Shinn y col 1984; Shumaker y Brownell, 1984) sugieren la necesidad de un análisis contextual para explicar la eficacia del apoyo social en situaciones de estrés incorporando variables tales como los contextos situacionales, el tiempo, las características de las personas y la estructura social y cultural del entorno

1.- *Contexto situacional*. Se relaciona con la especificidad del apoyo; esto es, la relación entre tipos de situación estresante o estresante y tipo de apoyo.

2.- *Contexto temporal* Se refiere a su ubicación en una secuencia de eventos estresantes y su posición relativa a la duración de una transición.

3 - *Contexto personal*. Se refiere al papel de las disposiciones personales en la evaluación de las conductas de apoyo, un tópico que ha sido analizado en términos de constructos tales como "desamparo aprendido", "locus de control" y con referencia a la "psicología social de ayuda" (Rook y Dooley, 1985; Brickman y col, 1982).

4 - *Contexto estructural*. Es al que menor atención se le ha dado y se refiere a las relaciones sociales y a las redes sociales construidas.

Enfatizando la dimensión temporal del apoyo social, se extiende la proporción de que los principales tópicos en la investigación del apoyo social puede ser expresado en la pregunta:

¿quien da que a quien en relación a cuales problemas? (Huse, 1981; Pearlin, 1985) y podemos añadir a esta frase y *¿cuando?*

IDENTIFICACION DE RECURSOS

En las sociedades mexicanas aún es posible encontrar un mayor número de recursos sociales informales en relación con sociedades como la de los Estados Unidos del Norte-América, éstos son sustituidos por agencias de servicios sociales. Aquí existen todavía una mayor confianza en los recursos informales, como los vecinos, amigos y las personas que apoyan en la comunidad. Cuando se tengan que identificarse recursos en nuestras comunidades, la búsqueda debe concentrarse en estas fuentes informales de apoyo.

Los apoyadores naturales serán aquellos individuos quienes, sin tener posiciones formales, proporcionan guía, apoyo y asistencia a los miembros de la comunidad.

VINCULACION CON EL SISTEMA DE APOYO

Muchos autores ven el proceso de ayuda natural como involucrando reciprocidad, mutualidad e intercambio social (Collins y Pancoast, 1976; Patterson, 1976; Sloulin, 1984) Para continuar con sus actividades de ayuda, los apoyadores naturales deben sentir que sus intercambios con otros son equitativos. Los refuerzos por la ayuda frecuentemente no son tangibles sino que involucran alguna muestra de aprecio o reconocimiento (Sloulin, 1984) Cuando estos esfuerzos están ausentes, los apoyadores frecuentemente sienten que están tomando ventaja de ellos (Sloulin, 1984)

Así, dentro del conjunto de factores más estudiados en la investigación sobre la resistencia al estrés, están los recursos de redes sociales o apoyo social, los cuales deben ser considerados conjuntamente con las respuestas de afrontamiento para intentar lograr un mejor entendimiento y desarrollo de los individuos

Si bien todo el mundo está de acuerdo que el medio ambiente familiar, es crucial en el MODELA MIENTO del desarrollo del niño, poco se ha intentado para hacer una evaluación sistemática, sobre el clima social familiar Pless y Satter White desarrollaron un primer intento de evaluación total del funcionamiento familiar

Están identificadas cinco dimensiones sobre el funcionamiento de la familia, donde hay niveles de comunicación, y tomas de decisión inmediatas que van orientada a los niños. Los autores notaron que las medidas del funcionamiento familiar pueden ser útiles en los resultados de un programa, de tratamiento por las diferencias del funcionamiento familiar.

Dekin presentó recientemente una técnica para medir y cuantificar las 6 aéreas principales del funcionamiento de la vida familiar: Toma de decisiones, interacción familiar, Gratificación emocional, percepción, respuestas a las crisis y percepción de las respuestas para la comunidad. DeKin encontrón que la funcionalidad de la vida familia marca una relativa significancia que se clasifica en conducta antisocial, que se puede ver en niños delincuentes y los cambios graduales en la conducta antisocial de los niños después del tratamiento.

Uno de los puntos claves de Dekin es la medición del medio ambiente familiar que tal vez pueda ser determinante en las características específicas de la delincuencia, los resultados que puedan ser un logro inicial para identificar el problema de la delincuencia.

Estas últimas consideraciones llevaron a Moos y colaboradores Escala del Medio Ambiente Familiar (FES) y la evaluación del medio ambiente social para la familia, ha logrado diez dimensiones sobresalientes. Este instrumento está enfocado sobre la medida y descripción de las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia y de la organización básica en la estructura familia.

El cuestionario Escala de Ambiente Social Familiar (FES) forma R, original de Moos (1974), traducida y adaptada por Aduna, Echeverría, Mata, Ayala, (1990)

Este instrumento mide la calidad y disponibilidad de los sistemas de apoyo familiar, concretamente se centra en la medición y descripción de las relaciones interpersonales percibidas entre los miembros de la familia (Quiroga, Echeverría, Mata, Ayala, 1990). Dicha escala consta de 90 reactivos tipo falso-verdadero, que consiste de 10 sub-escalas, las cuales evalúan El FES evalúa el medio ambiente familiar, como también percibe a los miembros de la familia o las modificaciones de la familia, la razón por que el entrevistador vaya a los hogares para observar los cambios o modificaciones de la familia.

La información concerniente sobre las dimensiones y sus diferencias del medio ambiente familiar y social, fueron obtenidos por la escala del (FES).

- 1) Cohesión: El grado de confianza relacionado con la ayuda y apoyo que los miembros de la familia dan unos a otros.
- 2) Expresividad: En que medida cada miembro de la familia es estimulado para actuar abiertamente y expresar sus sentimientos en la misma forma.
- 3) Conflicto: La cantidad de angustia, agresión y conflicto que expresan los miembros de la familia.
- 4) Independencia: La medida en que cada miembro de la familia asertivo y autosuficiente para tomar sus propias decisiones.
- 5) Orientación a Metas: Que tanto cada actividad (escolar o laboral) es orientada hacia una meta o trabajo competitivo.
- 6) Orientación Cultural-intelectual: El grado de interés en actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales.
- 7) Orientación de Acción-Reacción: La participación en actividades sociales, recreativas y deportivas.
- 8) Énfasis Moral-Religioso: El grado de énfasis en valores éticos y religiosos.
- 9) Organización: El grado de importancia de una organización y estructura clara en la planificación de actividades familiares y toma de responsabilidades.
- 10) Control: Qué tanto se usan las reglas y procedimientos en la vida familiar.

Esta escala contempla múltiples posibilidades de empleo, de tal forma que le confieren una amplia gama de aplicaciones. Por ejemplo, permite comparar "clima sociales" de diferentes familias entre padres e hijos; el tipo de ambiente familiar que se desea o espera, lo cual permite identificar las áreas en las que tendrá que trabajar cuando se lleve a cabo un tratamiento familiar. En este sentido, la literatura reporta que la validez de la Escala de Ambiente Familiar ha sido establecida a través de 500 estudios internacionales, demostrando en todos ellos, las posibilidades de discriminar las áreas problemáticas de la familia.

El FES discrimina significativamente entre familias. Es sensible para encontrar diferencias entre padres y niños, la manera en que estos perciben el ambiente familiar, discrimina entre perturbaciones psiquiátricas, y abuso de sustancias, al igual que las familias normales.

El FES evalúa el medio ambiente familiar y también percibe los cambios en los miembros de la familia o las modificaciones de la familia y sugiere la razón por que el entrevistador debe ir a los hogares para observar los cambios o modificaciones de la familia. La información concerniente sobre las dimensiones y sus diferencias del medio ambiente familiar y social, fueron obtenidos por la escala del (FES).

El FES consta de 90 reactivos falso-verdadero que se distribuyen en 10 subescalas, ocho de las cuales hacen énfasis, sobre una dimensión Clínica familiar.

El primer grupo de dimensiones que lo conforman son las subescalas Cohesión, Expresión y conflicto, evalúan las relaciones entre las dimensiones. Estas subescalas evalúan el alcance del sentir de los miembros de la familia, ya que ellos son parte de la familia y se sienten orgullosos de tener una familia, el alcance que tiene una expresión abierta que se espera que se de en la familia y el grado en el que se de la interacción conflictiva son características de la familia.

El segundo grupo que se evalúa son las dimensiones del crecimiento personal y la importancia que tiene en el desarrollo de la personalidad. El énfasis que se espera de la familia sobre un proceso seguro que se esta desarrollando y que tal vez se estén criando dentro de la vida familiar, independientemente de la medida de la importancia que se le de a la autonomía en los actos y cosas de los miembros de la familia que poseen. En la medida de los resultados de la orientación, la importancia y el realce sobre lo académico y el interés por la competitividad.

Un tercer grupo de dimensiones es la cultura intelectualidad, reflexión orientada, mide el grado en el que la familia esta interesada en los diferentes temas intelectuales y en actividades culturales. La orientación a actividades recreativas y el énfasis en la medición de la religión y la moral. Los dos últimos grupos para la organización y el control de la conservación de las dimensiones y una medición sistemática.

Estas dimensiones están sistemáticamente orientadas sobre la información obtenida de la estructura u organización que se espera de la familia y acerca del control del esfuerzo utilizado que está en los miembros de una familia o de otra. Las diez subescalas tienen una adecuada consistencia interna que mostraron resultados de ocho semanas y se proporcionaron correlaciones entre los escolares alrededor de dos indicadores que las distancias medidas por ser algo relativas y que poseen aspectos del medio ambiente social y familiar. (Moos 1974).

El objetivo de esta tesis es obtener el perfil psicológico de los usuarios a través de una evaluación conductual, para que el terapeuta pueda planear el tratamiento adecuado a las características del usuario.

El proceso de evaluación tradicional consiste en la aplicación de una entrevista y la aplicación de una batería de pruebas psicológicas, pruebas psicométricas, pruebas proyectivas, inteligencia y para detectar un probable daño orgánico cerebral y se aplican de la siguiente manera: En primer lugar se aplica la entrevista psicológica abierta, que consiste, en preguntar al sujeto cual es su motivo de la consulta y cuales son los problemas que tienen de manera libre y espontánea tocando todas las áreas de su vida y en las que tiene conflictos, posteriormente se le da una cita para una sesión en la cual se va a efectuar la evaluación, en primer lugar se le aplica el Bender para averiguar si el sujeto tiene daño cerebral, después se aplica el Machover figura humana para estudiar rasgos de personalidad, el H.T.P. o persona casa y árbol, en esta prueba se puede observar la relación que hay entre el sujeto y sus padres, en general, en esta prueba se observa la relación del sujeto con los demás integrantes de la familia como con los amigos mas cercanos a la misma. El M.M.P.I. que analiza la personalidad del individuo por medio de escalas clínicas, el Rorschach, en el cual estudia la personalidad, inteligencia y un daño cerebral.

ESTRES

El afrontamiento ante el estrés, es necesario primera mente que es el estrés y de que manera lo podemos afrontar, Folkman (1984) define el estrés como una relación entre la persona y el ambiente la cual es evaluado como resanado o excediendo sus recursos y dañando su bienestar. Dentro de esta concepción, el estrés emocional se diferencia principalmente de otros estados desagradables por su especificidad, ya que está determinado por circunstancias amenazantes particulares del ambiente y es una condición con límites temporales claros, no permanentes.

FACTORES DE AFRONTAMIENTO.

Se han realizado varios estudios dirigidos a la identificación de los recursos personales y/o ambientales que están relacionados con el hecho de permanecer saludable durante periodos de vida estresantes (Holahan y Moos, 1987), ya que para poder comprender la salud y la enfermedad psicológica, es necesario desarrollar estructuras predictivas que vinculen el ajuste con la vulnerabilidad y con factores de resistencia.

El afrontamiento representa una transición entre un individuo y su ambiente. El afrontamiento nunca debe ser elevado sin considerar las demandas ambientales que crean la necesidad de su empleo. Es esencialmente descubrir cómo cada tipo de situación inicial, forma y limita las formas de afrontamiento.

Los intentos individuales para enfrentarse a los eventos de la vida, usualmente han sido considerados como una serie compleja de procesos dirigida hacia la moderación del impacto de tales eventos sobre el funcionamiento físico, social y emocional.

El afrontamiento se ha definido como:

“Cualquier intento para dominar una nueva situación que pueda ser potencialmente amenazante, frustrante, desafiante, o gratificante” (Lois Murphy, 1962, en Coelho y col 1974)

Aunque el afrontamiento tiende a ser examinado en el contexto de amenaza, frustración y de emociones negativas, también son relevantes los contextos más positivos de desafío y de gratificación, incluyendo las emociones positivas relacionadas con éstos.

“ Los esfuerzos cognitivos y conductuales para dominar, reducir o tolerar las demandas internas y/o externas que son creadas por la transacción estresante” (Folkman y Lazarus, 1980; Lazarus y Launier, 1978).

“Conductas, cogniciones y percepciones en las que se ocupa la gente cuando contiente con los problemas de la vida” (Pearlin y Schooler, 1978).

Para poder evaluar tanto el estrés como las formas conductas de afrontamiento de afrontamiento recurriéremos a la **Escala de salud y Vida Cotidiana (HDL; Moos., 1984)**. El HDL permite un sondeo específico acerca de las condiciones de salud de los padres y eventos de la vida cotidiana ya sean negativos o positivos, además de reportar de manera de solución y afrontamiento de los padres ante dichos eventos.

El cuestionario tiene las siguientes sub escala y para su descripción las agruparemos de la siguiente manera:

Indicadores relacionados con el funcionamiento de la salud física.

Estos indicadores evalúan la auto-confianza del individuo y diferentes aspectos de los síntomas físicos y los relacionados con el estado de ánimo, así como la intensidad del uso y de los problemas ocasionados por el consumo de sustancias como el alcohol y el cigarro

1. Condiciones médicas
2. Síntomas físicos
3. Humor depresivo
4. Síntomas por fumar
5. Auto-confianza
6. Uso de medicamentos

Indicadores de los eventos de cambio de la vida.

Se tiene tres indicadores de cambio de vida, sondean eventos cotidianos en relación a su empleo o al funcionamiento individual.

7. Eventos negativos de cambio de la vida
8. Eventos de salida.
9. Eventos positivos de cambio de la vida

Indicadores de las respuestas de afrontamiento.

En este grupo se reportan la ocurrencia reciente de un evento estresante y se registran las respuestas de afrontamiento

10. Afrontamiento cognitivo activo
11. Afrontamiento conductual activo
12. Afrontamiento de evitación
13. Análisis lógico
14. Búsqueda de información
15. Resolución de problemas
16. Regulación afectiva
17. Descarga emocional
18. Profesionales de la salud mental
20. No profesionales de la salud mental

Indicadores de funcionamiento y de los recursos sociales.

Evalúan aspectos del funcionamiento de los recursos sociales de los que dispone el individuo.

21. Relaciones estrechadas
22. Actividades sociales con los amigos
23. Número de contactos de redes sociales

Indicadores familiares

Estos indicadores reportan las características de los roles familiares así como tareas conjuntas o individuales en el núcleo familiar

- 24. Tareas familiares conjuntas
- 25. Argumentos familiares
- 26. Ambiente negativo en el hogar.

APOYO SOCIAL

Dentro del conjunto de factores más estudiados en la investigación sobre la resistencia del estrés, están los recursos de redes sociales o apoyo social. Esto se debe a que se ha observado que la presencia de recursos sociales está asociado con la salud física y mental (Holaham y Moos, 1987; Heller y Swindle. 1983; Moos y Mitchell. 1982).

El apoyo social se ha definido como **información** que lleva a las personas a creer que son amadas, estimadas y que forman parte de una red de comunicación y obligaciones mutua (Cobb, 1976, en Barrera y cols., 1981).

Caplan (1974) define el sistema de apoyo social como conjuntos sociales continuos (principalmente interaccionales continuas con otro individuo, una red de grupo o una organización) que proporciona a los individuos oportunidades de retroinformación acerca de ellos mismos.

De acuerdo con Caplan, las personas involucradas en el sistema de apoyo social:

- a) Ayuda a los individuos a movilizar sus recursos psicológicos ;
- b)Comparten sus tareas;
- c) Les proporcionan recursos tangibles o habilidades y/o les proporcionan entrenamiento cognoscitivo y guía que puede mejorar el manejo de situación

Jacobson (1986) propone una clasificación de tipos de apoyos sociales:

Apoyo emocional: se refiere a la conducta que favorece sentimientos de confort y lleva a un individuo a creer que es admirado, respetado y amado y que otros están disponibles para proporcionarle cuidado y seguridad.

Apoyo cognoscitivo: se refiere a la información, conocimiento y/o consejo de otros que ayudan al individuo a entender su mundo y ajustarse a los cambios dentro de él

Apoyo material se refiere a las bondades y servicios que le ayudan a resolver problemas prácticos.

Los recursos sociales están relacionados con la probabilidad de permanecer sanos bajo estrés y con la rapidez para recuperarse de una enfermedad (Moos, 1985: Wallston, Alagna, DeVellis y DeVellis, 1983).

Se ha demostrado empíricamente que existe una relación inversa entre apoyo social y varios índices de enfermedad física y mental (Berkman y Syme, 1979; Eaton . 1978; Gore, 1978). Para poder evaluar el apoyo familiar como el social recurriremos la *Escala de medio ambiente familiar (FES; Moos, 1974)*. Ya que evalúa factores tales como el ambiente familiar, las creencias y las costumbres son algunos de los elementos que aunados con las condiciones económicas y sociales de los individuos determinan sus acciones.

El FES mide las características del medio ambiente social de cualquier tipo de familia, las percepciones que las personas tienen de su ambiente familiar a través de las siguientes sub escalas:

Relaciones

- 1.- **Cohesión.** Grado de confianza, ayuda y apoyo que los miembros de la familia dan uno a otro.
- 2 - **Expresividad.** Qué tanto cada miembro de la familia es estimulado para actuar abiertamente y expresar sus sentimientos de la misma manera.
- 3.- **Conflicto.** La cantidad de angustia, agresión y conflicto expresada entre los miembros de la familia.

Crecimiento personal

- 4.- **Independencia.** La cantidad en que cada miembro de la familia es afirmativo, autosuficiente y toma sus propias decisiones
- 5.- **Orientación a metas.** Qué tanto cada actividad (escolar o laboral) es orientada a una meta o a trabajo competitivo.
- 6 - **Orientación cultural-intelectual.** El grado de interés en actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales.
- 7.- **Orientación a acción-recreación.** La participación en actividades sociales y recreativas.
- 8 - **Énfasis moral y religioso.** El grado de énfasis en valores éticos y religiosos.

Mantenimiento de sistemas

- 9.- **Organización.** El grado de importancia de una organización y estructura clara en plantación de actividades familiares y toma de responsabilidades.
- 10.- **Control.** Qué tanto se usan las reglas y procedimientos en la vida familiar.

CAPITULO IV

METODO

METODO

SUJETOS

Se analizaron 413 expedientes clínicos de los usuarios que han solicitado el servicio del Centro de Servicios Psicológicos” Dr. Guillermo Dávila de la Fac de Psicología” de la U.N.A.M. en el periodo comprendido entre agosto del 91 a febrero del 94. Para ser atendidos por problemas emocionales, terapias de grupo así como población de adultos que reportan que sus hijos tenían problemas conductuales. de aprendizaje, obediencia, hiperactividad y estrés

ESCENARIO

Centro de Servicios Psicológicas Dr. Guillermo Dávila de la facultad de Psicología de la U.N.A.M. Ubicado en el sótano del edificio (C) de posgrado de la facultad de Psicología en Ciudad Universitaria, la evaluación se realizó en cubículos de las siguientes medidas de 2X3 m. Estos cubículos están equipados con un escritorio, dos sillas, sistemas de ventilación y sistemas de alumbrados adecuados, en estos lugares se les proporcionaban a los padres de los materiales necesarios para su evaluación.

INSTRUMENTOS

Con la aplicación de la entrevista conductual obtenemos datos, socio demográficos, se explora las habilidades de disciplina de los padres en el control de sus hijos, la frecuencia que utilizan el castigo físico, la intensidad del castigo físico, problemas de conducta en el niño ante los padres utilizan el castigo físico, historia familiar del padre en cuanto a disciplina, datos sobre negligencia por parte del padre.

Indicadores de funcionamiento y de los recursos sociales.

Evalúan aspectos del funcionamiento de los recursos sociales de los que dispone el individuo.

- 21 Relaciones estrechadas
- 22 Actividades sociales con los amigos
- 23 Número de contactos de redes sociales

Indicadores familiares.

Estos indicadores reportan las características de los roles familiares así como tareas conjuntas o individuales en el núcleo familiar.

- 24 Tareas familiares conjuntas
- 25 Argumentos familiares
- 26 Ambiente negativo en el hogar

MATERIALES

Formatos para la Evaluación Clínica, FES, HDL, y hojas de respuestas Lápices, goma, etc

PROCEDIMIENTO

- 1ª Que llenaran una solicitud de servicio.
- 2ª En la primera sesión, se aplico la entrevista clínica.
- 3ª En la segunda sesión se realizo la aplicación del FES.
- 4ª En la tercera sesión se realizo la aplicación del HDL.

A partir de la evaluación se obtuvieron las variables las cuales se capturaron y fueron formando la base de datos .

ESTRATEGIA DE ANALISIS

De 413 expedientes se analizó la relación de los resultados de los dos instrumentos para poder obtener el perfil psicológico de los usuarios del centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila, de la Facultad de Psicología.

Se empleó un método descriptivo a través del cual se estableció en términos numéricos cada una de las variables, una vez que se tuvo el valor numérico se buscaron diversas relaciones entre los puntajes y la incidencia en los reactivos para la obtención del perfil es decir se asignó un número a cada categoría.

Mediante este estudio descriptivo se integró la medición de cada una de las variables para poder decir como son y como se manifiestan las características y de los padres que reportan que tenían problemas conductuales con sus hijos como aprendizaje, obediencia, control de esfínter, hiperactividad e hipercinéticos. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron **COMPARACIÓN DE MEDIAS ONE WAY**, en el caso de las variables de clasificación que agrupaban más de dos grupos diferentes, **prueba T** cuando las variables de clasificación agrupada sólo 2 grupos diferentes y **Coefficiente de Correlación** cuando se realiza variable por variable.

VARIABLES

VD Los puntajes en las subescalas de los instrumentos FES., HDL y Entrevista

Variables de clasificación Género, Edad, Escolaridad y Ocupación

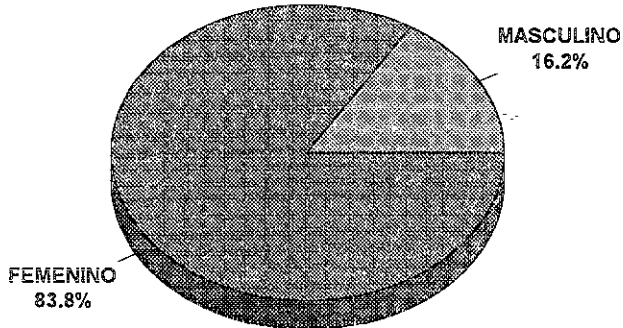
CAPITULO V RESULTADOS Y CONCLUSIONES

RESULTADOS

Los datos fueron analizados de acuerdo con las variables de clasificación de una entrevista conductual estructurada, en términos de puntajes obtenidos en la Escala de Medio Ambiente Social y Familiar (FES) y Cuestionario de Salud y Vida Cotidiana (HDL)

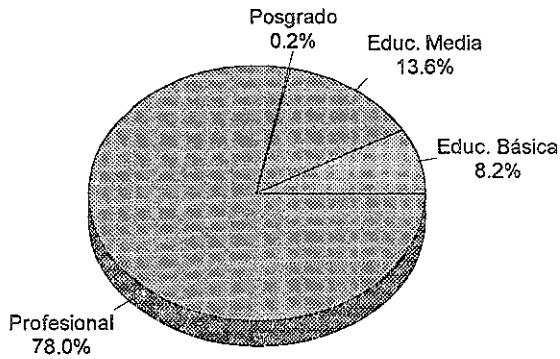
A continuación se presentaran gráficas de los datos sociodemograficos de la población que fue analizada y posteriormente se mostrarán unas tablas donde se presentan los resultados de las pruebas de significancia y correlación.

EVALUACION CONDUCTUAL DEL USUARIO DEL CENTRO DE SERVICIOS PSICOLOGICOS Dr. GUILLERMO DAVILA, DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA DE LA U.N.A.M.



GENERO DEL USUARIO

N=413



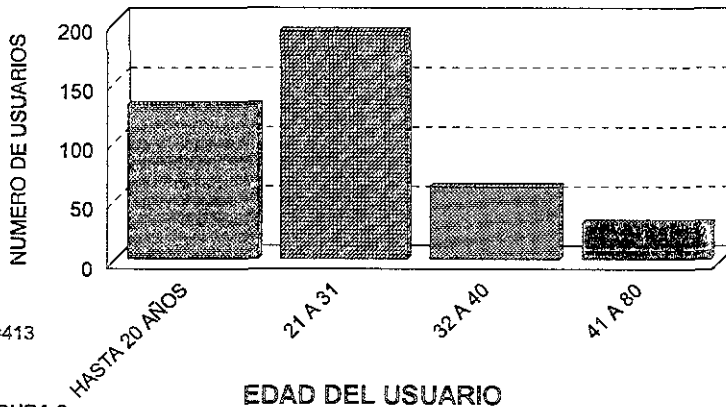
N=413

ESCOLARIDAD DEL USUARIO

FIGURA 2.

EDAD

EVALUACION CONDUCTUAL DEL USUARIO DEL CENTRO DE SERVICIOS PSICOLOGICOS Dr. GUILLERMO DAVILA, DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA DE LA U N A M



N=413

FIGURA 3.

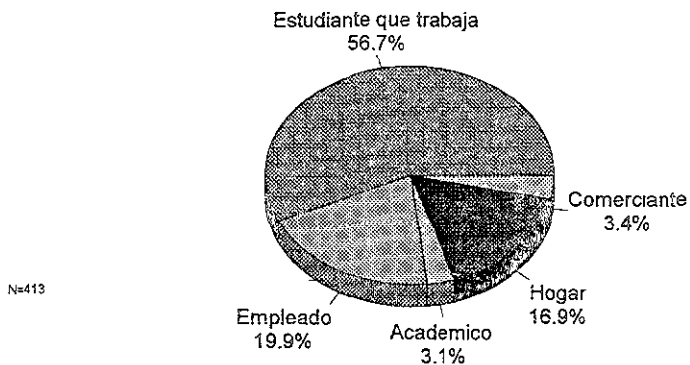


FIGURA 4.

OCUPACION DEL USUARIO

H.D.L.

PUNTAJES OBTENIDOS POR EL USUARIO QUE ACUDE C.S.P. EN LA ESCALA H.D.L.

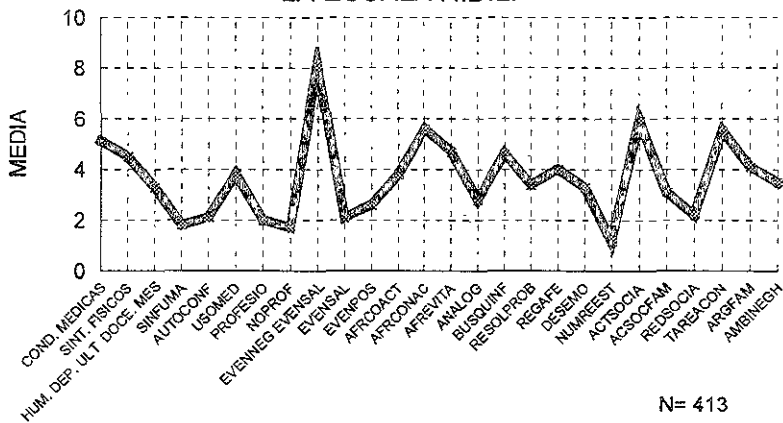


FIGURA 5.

F.E.S.
PUNTAJES OBTENIDOS POR EL USUARIO QUE ACUDE AL C.S.P.
EN ESCALA F.E.S.

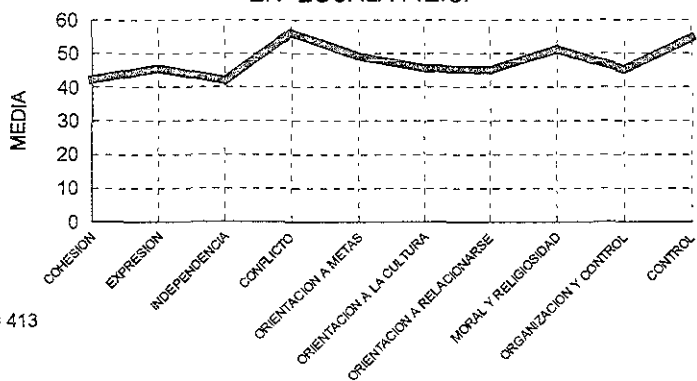


FIGURA 6.

En primer lugar se presentan los resultados generales por instrumentos que se correlacionan con las siguientes variables: Genero, Edad, Escolaridad y Ocupación

Las celdas sombreadas nos indican que los valores varían con respecto a la media, a pesar que pocos resultan significativos estadísticamente

Tabla 1
Comparativa del FES con respecto a las variables de clasificación.

| Clasificación | Media | Cobc | Expr | Indep | Confic | Orien n. mot | Orien a cultura | Orien a relacionarse | Mot y reln | Orien a vida | Conf |
|---------------|-------|-------|-------|-------|--------|--------------|-----------------|----------------------|------------|--------------|-------|
| | 56,13 | 42,11 | 45,36 | 41,19 | 56,08 | 49,02 | 41,85 | 44,55 | 51,47 | 45,68 | 54,61 |
| Genero | N | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Masculino | 67 | 41 | 49,3 | 40,6 | 54,7 | 49,3 | 49,7 | 45,1 | 53 | 46,6 | 53,4 |
| Femenino | 346 | 45,5 | 44,6 | 42,1 | 56,3 | 48,7 | 44,7 | 44,7 | 50,8 | 44,7 | 54,7 |
| Edad | | | | | | | | | | | |
| 20 a 31 años | 130 | 43,9 | 46,5 | 44,5 | 54, | 48,8 | 43,8 | 45,5 | 52,3 | 44,6 | 53,8 |
| 32 o más años | 283 | 41,5 | 44,8 | 40,7 | 57,4 | 49,1 | 46,3 | 44,5 | 50,6 | 45,2 | 54,8 |
| Escolaridad | | | | | | | | | | | |
| Básica | 34 | 45,7 | 42 | 45,4 | 56,5 | 46,5 | 44,5 | 41,5 | 51,5 | 44,1 | 53,2 |
| Media | 56 | 40,2 | 42,7 | 44,4 | 57,4 | 47,4 | 43,4 | 43,3 | 49,6 | 42,8 | 53,4 |
| Superior | 323 | 42,6 | 46,1 | 41,3 | 55,7 | 49,6 | 45,3 | 45,4 | 51,3 | 45,5 | 54,4 |
| Ocupacion | | | | | | | | | | | |
| Estudiante | 34 | 42,3 | 42 | 53,4 | 56 | 46,5 | 44,5 | 41,5 | 51,5 | 44,1 | 53,2 |
| Emplezo | 82 | 41,6 | 42,1 | 40,4 | 54,8 | 49,7 | 47,1 | 43,7 | 50,4 | 40,7 | 52,5 |
| académico | 13 | 40 | 40 | 40,5 | 58 | 40,4 | 42,4 | 46,6 | 41,1 | 41,7 | 44,7 |
| Comerciante | 14 | 44 | 45,7 | 39,9 | 59,8 | 53,1 | 41,1 | 46,6 | 46,6 | 33,8 | 61,7 |
| Hogar | 70 | 40,9 | 45,5 | 41,8 | 55,2 | 48,2 | 45,8 | 41,4 | 54,3 | 48 | 54,5 |

- Con respecto al comportamiento de Genero ante el (FES). Los hombres mostraron tener más respuestas en las siguientes escalas como expresión, Orientación a metas, Orientación a relacionarse, Moral y religión y en Organización y control
- Con respecto a la edad las personas que se encuentra en las edades entre 20 y 31 años mostraron tener respuesta en las siguientes escalas; Expresión e Independencia. Mientras que las personas que tienen 32 años o más respondieron a las escalas de Conflicto y Orientación a la cultura
- En la clasificación de Escolaridad, se comportaron de la siguiente manera, las personas que tienen una educación Básica respondieron más a la escala de cohesión e Independencia. Mientras que las personas con una educación media respondieron a las siguientes escalas como, Independencia, Conflicto, Orientación a la cultura y Control. Y las persona que tienen una educación Superior mostraron responder más en la escala de Expresión.
- En Ocupación las personas respondieron de la siguiente manera, las personas que se ocupan como estudiantes mostraron tener más respuestas en la escala de Independencia, las personas que son empleados respondieron en las siguientes escalas como Orientación a metas y en Orientación a la Cultura, y las persona que se ocupan como Académicos respondieron en las siguientes escalas, Conflicto y en Orientación a relacionarse.
- Los Comerciantes respondieron de la siguiente manera ante las siguientes escalas como en cohesión, Conflicto, Orientación a metas, Orientación a relacionarse y al Control.
- Las persona que se dedican al Hogar variaron con respecto a la media y no mostraron tener respuestas en la escala de Moral y Religión y en Organización y Control

Tabla 2
Tabla de frecuencias del H.D.L.

| Genero | N | × | × | × | × | × | × | × | × |
|---------------|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Masculino | 67 | 5,13 | 4,71 | 3,10 | 1,86 | 2,14 | 3,82 | 2,07 | 1,89 |
| Femenino | 346 | 5,12 | 4,47 | 3,44 | 1,89 | 2,10 | 3,85 | 2,03 | 1,70 |
| Edad | | | | | | | | | |
| 20 a 31 años | 130 | 5,26 | 4,55 | 3,33 | 1,90 | 2,16 | 3,93 | 2,09 | 1,50 |
| 32 o más años | 283 | 5,06 | 4,49 | 3,32 | 1,88 | 2,08 | 3,81 | 2,01 | 1,84 |
| Escolaridad | | | | | | | | | |
| Básica | 34 | 4,32 | 4,64 | 3,32 | 1,44 | 2,44 | 3,94 | 1,79 | 1,76 |
| Media | 56 | 4,83 | 3,83 | 3,10 | 1,33 | 2,37 | 4,28 | 1,78 | 1,67 |
| Superior | 323 | 4,84 | 4,59 | 3,45 | 2,03 | 2,03 | 3,76 | 2,10 | 1,75 |
| Ocupación | | | | | | | | | |
| Estudiante | 234 | 5,05 | 4,51 | 3,32 | 1,46 | 2,44 | 3,94 | 1,79 | 1,76 |
| Empleado | 82 | 4,15 | 4,42 | 3,58 | 1,89 | 2,29 | 3,80 | 2,08 | 1,62 |
| Académico | 13 | 3,23 | 6,07 | 2,69 | 2,61 | 1,53 | 4,20 | 3,15 | 1,53 |
| Comerciante | 14 | 7,10 | 1,78 | 4,25 | 2,09 | 2,55 | 4,21 | 3,14 | 1,21 |
| Hogar | 70 | 4,32 | 4,37 | 3,41 | 1,15 | 1,92 | 3,12 | 2,10 | 1,60 |

Tabla 2.1

| Categoría | N | 1.º | 2.º | 3.º | 4.º | 5.º | 6.º | 7.º |
|---------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Genero | N | X | X | X | X | X | X | X |
| Masculino | 8,17 | 2,14 | 2,91 | 3,58 | 5,64 | 4,65 | 2,94 | 4,71 |
| Femenino | 8,09 | 2,11 | 2,60 | 3,91 | 5,59 | 4,72 | 2,84 | 4,69 |
| Edad | | | | | | | | |
| 20 a 31 años | 8,92 | 1,86 | 2,50 | 3,70 | 5,24 | 4,76 | 2,83 | 4,66 |
| 32 o más años | 7,70 | 2,30 | 2,72 | 3,92 | 5,76 | 4,69 | 2,87 | 4,71 |
| Escolaridad | | | | | | | | |
| Básica | 7,76 | 2,73 | 1,91 | 2,52 | 5,64 | 4,61 | 2,67 | 4,50 |
| Media | 8,08 | 2,03 | 3,38 | 2,48 | 6,47 | 5,35 | 2,80 | 4,55 |
| Superior | 8,16 | 2,12 | 2,71 | 4,24 | 5,51 | 4,62 | 2,89 | 4,75 |
| Ocupación | | | | | | | | |
| Estudiante | 7,76 | 2,73 | 1,91 | 2,52 | 5,64 | 4,61 | 2,67 | 4,50 |
| Empleado | 8,11 | 2,26 | 3,18 | 3,74 | 5,75 | 4,81 | 3,10 | 5,00 |
| Académico | 8,45 | 2,00 | 2,76 | 4,53 | 6,73 | 3,53 | 3,33 | 4,38 |
| Comerciante | 7,71 | 2,00 | 2,71 | 3,85 | 4,07 | 4,64 | 2,78 | 6,00 |
| Hogar | 8,30 | 2,58 | 2,54 | 4,71 | 5,32 | 4,04 | 2,92 | 4,27 |

Tabla 2.2

| | 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2010 | 2015 | 2020 |
|--------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Genero | N | X | X | X | X | X | X |
| Masculino | 3,16 | 4,23 | 3,07 | 1,31 | 5,71 | 3,17 | 2,25 |
| Femenino | 3,46 | 4,06 | 3,24 | 1,25 | 5,99 | 3,18 | 2,03 |
| Edad | | | | | | | |
| 20 a 31 años | 3,35 | 4,17 | 3,13 | 1,26 | 5,98 | 3,30 | 2,31 |
| 32 o más años | 3,35 | 4,05 | 3,17 | 1,25 | 5,93 | 3,12 | 2,23 |
| Escolaridad | | | | | | | |
| Básica | 3,47 | 3,94 | 4,02 | 1,00 | 5,32 | 3,17 | 2,64 |
| Media | 3,05 | 3,91 | 3,33 | 1,23 | 5,78 | 2,78 | 1,98 |
| Superior | 3,33 | 4,14 | 3,22 | 1,23 | 6,05 | 3,25 | 2,27 |
| Ocupacion | | | | | | | |
| Estudiante | 3,47 | 3,94 | 4,02 | 1,00 | 5,32 | 3,17 | 2,64 |
| Empleado | 3,15 | 4,09 | 3,19 | 1,42 | 6,32 | 3,28 | 2,13 |
| Académico | 3,54 | 4,76 | 3,15 | 1,23 | 7,00 | 1,92 | 2,15 |
| Comerciante | 3,07 | 4,50 | 3,14 | 1,21 | 9,00 | 3,71 | 2,57 |
| Hogar | 3,31 | 4,37 | 3,24 | 1,31 | 5,05 | 3,15 | 2,15 |

Tabla 2.3

| Característica | Personas con Problemas de Salud | Personas sin Problemas de Salud | Personas con Problemas de Salud y Problemas de Vida |
|----------------|---------------------------------|---------------------------------|---|
| Genero | X | X | X |
| Masculino | 5,67 | 3,79 | 3,43 |
| Femenino | 5,56 | 4,18 | 3,58 |
| Edad | | | |
| 20 a 31 años | 5,70 | 4,05 | 3,53 |
| 32 o más | 5,53 | 4,16 | 3,57 |
| Escolaridad | | | |
| Básica | 3,82 | 3,94 | 2,14 |
| Media | 3,32 | 3,48 | 2,87 |
| Superior | 4,17 | 4,26 | 3,87 |
| Ocupacion | | | |
| Estudiante | 3,82 | 3,94 | 2,14 |
| Empleado | 3,34 | 3,81 | 3,47 |
| Académico | 5,30 | 4,35 | 3,30 |
| Comerciante | 6,85 | 4,21 | 4,00 |
| Hogar | 5,75 | 3,71 | 4,12 |

- Con respecto al comportamiento de Genero ante el (HDL) Los hombres tuvieron más respuestas significativas en las siguientes escalas, síntomas físicos, Autoconfianza, No profesionales, Eventos de salida, Eventos positivos de cambios de la vida, Regulación afectiva, relaciones estrechadas y Tareas conjuntas
- Con respecto a la edad las personas que se encuentra en las edades entre 20 y 31 años mostraron tener respuesta en las siguientes escalas; condiciones Medicas y humor depresivo durante los últimos 12 meses, Eventos negativos, Resolución de problemas, Actividades sociales familiares y Tareas familiares conjuntas, Mientras que las personas que tienen 32 años o más respondieron a escala No profesionales, Eventos de salida, Eventos positivos de cambios de la vida, Afrontamiento conductual activo y Descarga emocional, Eventos de salida y Descarga emocional.

- En la clasificación de Escolaridad, se comportaron de la siguiente manera, las personas que tienen una educación Básica respondieron más a la escala de Condiciones Médicas, Síntomas físicos, Auto-confianza, Eventos de salida, Descarga emocional, Número de contactos de redes sociales, Mientras que las personas con una educación media respondieron a las siguientes escalas como, Condiciones medicas, auto-confianza, Usos de medicamentos, Eventos positivos de cambio de vida, afrontamiento conductual activo, Afrontamiento de evitación y Resolución de problemas. Y las persona que tienen una educación Superior mostraron responder más en las escalas Síntomas por fumar, Afrontamiento cognitivo activo, Actividades sociales con amigos, Tareas familiares conjuntas, Argumentos familiares y Ambiente negativo en el hogar.
- En Ocupación las personas respondieron de la siguiente manera, las personas que se ocupan como estudiantes mostraron tener más respuestas en la escala de auto-confianza, Eventos de salida, Descarga emociones, Número de contactos de redes sociales, las personas que son empleados respondieron en las siguientes escalas como Humor depresivo durante los últimos doce meses, auto-confianza, Eventos positivos de cambio de vida, Afrontamiento conductual activo, Afrontamiento de evitación, Análisis lógico, Búsqueda de información, Relaciones estrechadas, Actividades sociales con amigos, Actividades sociales familiares, Tareas familiares conjuntas, y Argumentos familiares. y las persona que se ocupan como Académicos respondieron en las siguientes escalas, Uso de medicamentos, servicios profesionales, eventos negativos, Eventos positivos de cambios de vida, Afrontamiento cognitivo activo, Afrontamiento conductual activo, análisis lógico, Resolución de problemas, Regulación afectiva, Actividades sociales con amigos, Argumentos familiares.
- Los Comerciantes respondieron de la siguiente manera ante las siguientes escalas como en Condiciones medicas, Humor depresivo durante los últimos doce meses, Síntomas por fumar, auto- confianza, Uso de medicamentos, Servicios profesionales, búsqueda de información, Regulación afectiva, Actividades sociales con amigos, Actividades sociales con la familia, Número de contacto de redes sociales, Tareas familiares conjuntas, Argumento familiares, Ambiente negativo en el hogar.
- Las persona que se dedican al Hogar variaron con respecto a la media y no mostraron tener respuestas en las escalas, Condiciones medicas, Síntomas físicos, Síntomas por fumar, Eventos negativos, Eventos de salida, Afrontamiento cognitivo activo, Afrontamiento de evitación, Análisis lógico, Regulación afectiva, Tareas familiares conjuntas, Ambiente negativo en el hogar.

DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

Se aplicó la prueba t de Student para grupos independientes, para determinar el grado de significancia entre los grupos de clasificación. Así también se realizó un análisis de varianza que es de una sola vía, para obtener la diferencia significativa de cada variable dependiente, mostrando tan solo los más significativos.

Niveles de significancia reportados con el instrumento FES.

AMBIENTE FAMILIAR

En la sub escala **Cohesión**, se obtuvo una media de 43,92 para el primer grupo entre 20 y 30 años edad y para el segundo grupo de edad de 31 años o más, se obtuvo una media 41,57 y una t que en el primer grupo de edad de ,004 y en el segundo grupo de ,000 lo cual nos indica que el valor de t es pequeño pero su desviación es significativa, y por lo tanto que sí hay significancia entre los grupos de edades y la sub-escala **Cohesión**, los cuales significa que hay un mayor grado de confianza, ayuda, apoyo, con los miembros de la familia que se dan entre ellos.

| Cohesión | Media X | t | P |
|-----------------------|---------|------|------|
| Edad 20 a 30 años | 43,92 | ,004 | 0,00 |
| Edad de 31 o más años | 41,57 | 0,00 | 0,00 |

COEFICIENTE DE CORRELACION

Las siguientes datos muestran que son significativos y que hay una correlación muy estrecha entre las variables que se presentan a continuación.

Entre la variable escolaridad y la sub escala ambiente negativo del H.D.L. se encontró una correlación significativa de $P=,000$ con una desviación estándar de ,2180

| | | ESCOLARIDAD |
|-------------------|-------|-------------|
| AMBIENTE NEGATIVO | ,2180 | $P=,000$ |

En la sub escalas ambiente negativo y escolaridad se encontró una correlación significativa de $P=,000$ y con una desviación estándar de ,2180.

| | | AMBIENTE NEGATIVO |
|-------------|-------|-------------------|
| ESCOLARIDAD | ,2180 | $P=,000$ |

En la sub escalas ambiente negativo y ocupación se encontró una correlación significativa de $P=,005$ y con una desviación estándar de ,1375.

| | | |
|-----------|-------|-------------------|
| | | AMBIENTE NEGATIVO |
| OCUPACION | ,1375 | $P=,005$ |

Entre la sub escala eventos de salida del H.D L. y la variable edad se encontró una correlación significativa de $P=,000$ con una desviación estándar de ,1423

| | | |
|------|-------|-------------------|
| | | EVENTOS DE SALIDA |
| EDAD | ,1423 | $P=,000$ |

Entre edad y la sub escala eventos de salida se encontró una correlación significativa entre estas dos variables con una significancia de $P=,000$ y una desviación estándar de ,1423

| | | |
|-------------------|-------|----------|
| | | EDAD |
| EVENTOS DE SALIDA | ,1423 | $P=,000$ |

Se pudo observar entre las variable escolaridad y la sub escala síntomas por fumar una correlación significativa de $P=,000$ con una desviación estándar,1636

| | | |
|--------------------|-------|-------------|
| | | ESCOLARIDAD |
| SÍNTOMAS POR FUMAR | ,1636 | $P=,000$ |

Se encontró una correlación significativa de $P=,005$ con una desviación estándar de, 1375 entre la variable ocupación y la sub escala ambiente negativo del H. D. L

| | | |
|-------------------|-------|-----------|
| | | OCUPACIÓN |
| AMBIENTE NEGATIVO | ,1375 | $P=,005$ |

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos acerca de los usuarios del Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología, nos muestran que existe una relación entre los tipos de estrategias de afrontamiento y el medio ambiente donde se desarrollaron los individuos, tomando en cuenta también otros factores tales como el nivel socioeconómico, factores contextuales e incluso factores geográficos (Holahan & Moos, 1987).

La ecología del desarrollo humano nos dice que los patrones están condicionados por características de su entorno físico y social, y por las particularidades de la comunidad en la que habitan las personas.

Así tenemos, que van a existir cuatro estructuras del modelo ecológico que nos van a marcar la pauta para describir el patrón de comportamiento que tienen los usuarios de éste Centro de Servicios Psicológicos.

Por el lado del macrosistema, en donde se encuentran la cultura e idiosincrasia de una sociedad, ésta es un factor que influye, en la manera en que las personas enfrentan sus problemas y se van adaptando a su vida cotidiana

De igual manera, por lo que hace al microsistema en donde se contienen las normas familiares y las formas de interacción entre los miembros de la familia, es otro de los factores que determina la forma en la que los individuos se van a enfrentar a los problemas que enfrenten día con día

Por lo que se refiere al mesosistema, se observo que éste actual como interfase entre las dos estructuras anteriores, ya que van a conjugarse para que los individuos tengan mayor capacidad de adaptación ante los problemas que se les presentan.

Con respecto al exosistema, este se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en el desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan su entorno o que se ve afectada por lo que ocurre en ese entorno

La Organización Panamericana de la Salud nos dice que "en toda comunidad, sus miembros comparten en distinto grado, características socioculturales y sociopolíticas; así como intereses, aspiraciones y problemas también comunes, incluidos los de la salud" (Zarus, 1988).

Tomando en cuenta, que el lugar donde se sitúa el Centro de Servicios Psicológicos se encuentra dentro de la Universidad Nacional Autónoma de México, se pudo observar que la mayoría de los usuarios del mismo, son estudiantes, de licenciatura, posgrado, trabajadores, académicos universitarios y población abierta reportando como mayoría a personas de sexo femenino, la edad con la que cuenta la los usuarios es de 21 a 31 años, siendo ésta el 46 %; el 32% cuenta con una edad de 20 años, el 15% tiene una edad entre los 32 a 40 años y el 7% de 41 a 80 años de edad.

En base al modelo descrito con anterioridad y constatando las estructuras mencionadas, se observó que la percepción que tienen los usuarios principalmente es de angustia y agresión, la cual expresan entre los miembros de la familia; también manifestaron tener actividades orientadas a alcanzar metas escolares, buscando un máximo desarrollo académico; laboralmente tratan de superarse de manera más competitiva; mostrando interés por actividades políticas

De igual manera, les gusta participar en reuniones sociales , fiestas y asistir a diversas actividades recreativas como el cine o el teatro. Otra de las actividades que le llama la atención son las culturales, tales como exposición de pinturas, teatro, danza ferias de libros y exposiciones en general, interesándose también por desarrollar actividades intelectuales como círculos de lectura, pertenecer a asociaciones de corte científico, participar en congresos y exposiciones; también le dan importancia a eventos deportivos, gustándoles participar de manera informal en este tipo de eventos con sus familiares y tratando de resaltar los valores morales y religiosos inculcados, así como normas de comportamiento, costumbres y tradiciones familiares

La manera en que los usuarios afrontan sus problemas cotidianos, es activo conductual, o sea, que tratan de obtener mayor información sobre su situación problema para encontrar la mejor salida. Con frecuencia comentan sus problemas con su pareja, con algún familiar, con algún amigo cercano y en ocasiones piden asesoría a un profesionista experto en la materia.

Son personas que se preocupan por su bienestar físico, tratando de mantenerse en un buen estado, identifican claramente aquellas enfermedades o síntomas que en un momento dado les pueden causar problemas; buscan resolver sus problemas físicos o sintomáticos a través de la auto-medicación, reportando con frecuencia cambios de vida negativos como la pérdida de un valor sentimental, de un ser querido o muerte de este, problemas con amigos, vecinos o autoridades, separación de la pareja o divorcio.

Otra manera de afrontar sus problemas es realizando un análisis lógico es decir, reflexionan sobre sus problemas y sobre los recursos tanto económicos como las habilidades conductuales con las que cuentan para poder plantear una estrategia adecuada para poder solucionar sus problemas

Otra forma de responder a situaciones problemáticas es evitándolos sin afrontarlos directamente, desquitándose con otras personas, aislándose del entorno que les rodea, negando lo que les esta sucediendo e inclusive intentan reducir su tensión consumiendo alcohol u otro tipo de drogas como tranquilizantes que les ayuden a relajarse o olvidarse de sus problemas momentáneamente. Otra forma de reducir la angustia, es comiendo de manera compulsiva pudiendo ocasionarse trastornos alimenticios serios.

También son personas que participan en tareas familiares como ayudar en el mantenimiento o quehaceres del hogar, reparaciones, limpieza o arreglo del mismo.

Otra de las actividades a las que les dan importancia es a las discusiones discusiones familiares.

Este patrón conductual de los usuarios del Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, nos muestra que la forma de adaptación a las diferentes situaciones familiares, culturales, sociales y

ambientales, son muy similares a la de los países occidentales o industrializados, en los cuales tanto el hombre como la mujer juegan un papel activo en la economía familiar, lo cual los lleva a tener problemas de diferente índole y se ven en la necesidad de afrontarlos de manera adecuada solicitando asesoría profesional, utilizando los diferentes sistemas de salud, asesoría y atención.

En nuestro país en la actualidad debido a la crisis económica tanto el hombre como la mujer tienen que participar de manera conjunta en solucionar problemas tales como los económicos, sociales, familiares, de salud entre otros. Esta situación ha influido en la falta de atención en la crianza de los hijos y en la convivencia familiar y de pareja, y para poder hacer frente a este tipo de problemas, las parejas o algún integrante de la familia que casi siempre es la mujer, que tiende a buscar una asesoría profesional para poder solucionar de manera adecuada sus problemas

Podemos concluir por los resultados obtenidos en la evaluación conductual que estuvo compuesta por el HDL y el FES, que mostraron ser instrumentos que nos permitieron obtener un patrón conductual de los usuarios del CSP, así también permite que los terapeutas puedan diseñar tratamientos adecuados a las problemáticas de cada usuario que solicita ayuda, otro aspecto importante es el de ir evaluando el tratamiento diseñado e ir aplicando la evaluación durante el mismo como al final para ir valorando los cambios de cada sujeto que estuvo en tratamiento y en los seguimientos para observar objetivamente que se mantuvieron los cambios hacia una adecuada adaptación del usuario.

SUGERENCIAS

Una de las sugerencias importantes es el de obtener la norma poblacional mexicana ya que la norma que se utiliza tanto en el (HDL) como en (FES) es la norma Norteamericana.

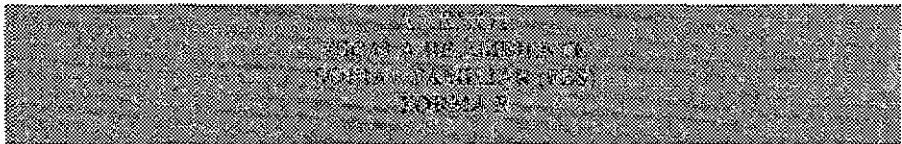
Otro aspecto importante es la necesidad de validar los instrumentos (HDL) y (FES)

La finalidad de realizar una evaluación conductual que tiene como propósito el obtener un patrón conductual que le ayude al terapeuta a diseñar un tratamiento adecuado para cada usuario, otra de las finalidades al llevar a cabo esta evaluación conductual es también el de medir el cambio durante y después del tratamiento, esto da pauta para realizar nuevas investigaciones de tratamientos que se basen en una evaluación conductual.

Por los resultados obtenidos por la evaluación conductual, se puede realizar más investigaciones sobre las aplicaciones de estos instrumentos en otros centros similares para diseñar tratamientos adecuados, a si también el poder medir el cambio durante y después del tratamiento, de los usuarios que soliciten el servicio

Se pretende que el presente trabajo sirva para futuras investigaciones y que estos a su vez, lo complementen con aquellos factores que según Holahan y Moos (1987) se deben de tomar en cuenta para hablar de afrontamiento, como son: sociales, económicos, contextuales, etc.

Otra de las sugerencias principales para la realización de nuevas investigaciones es el de proponer modelos de estudios predictorios que le permitan a la administración de un centro de servicios psicológicos prever el tipo de atención que la población va demandando, así como también proponer evaluaciones periódicas la calidad de servicios que proporciona, así también el evaluar las instalaciones y materiales del CSP, con el objeto de brindar una atención adecuada a las necesidades de la población



ANEXO 1:
ESCALA DE MEDIOAMBIENTE SOCIAL FAMILIAR
(FES) FORMA R

INSTRUCCIONES: Antes de aplicar este cuestionario es muy importante que usted enfatice a la persona entrevistada que todas las preguntas que se le van hacer se refieren a su familia. Lea cuidadosamente cada pregunta.

Pida que cada respuesta a cada pregunta sea "SI " o "NO"

Cuando la persona manifiesta no haber comprendido, lea nuevamente la pregunta, y si a pesar de ello no entiende, trate de aclarar basándose en la explicación contenida en el MANUAL DE APLICACIÓN.

1. ¿En su familia, realmente se ayudan unos a otros?
2. ¿Acostumbran hablarse de lo que sienten?
3. ¿Se pelean mucho entre ustedes?
4. ¿Cada quien hace sus cosas sin recibir ayuda de nadie?
5. ¿Creen ustedes que ser el mejor en cualquier cosa que hagan es importante?
6. ¿Habían de política y problemas del país frecuentemente?
7. ¿Cuando tienen tiempo libre salen de su casa?
8. ¿Van a la iglesia con frecuencia?
9. ¿Preparan con mucho cuidado las actividades de su casa?
10. ¿Se dan ordenes entre ustedes?
11. ¿Pasan muchos momentos juntos en casa?
12. ¿Pueden ustedes hablar libremente de lo que pasa en su familia?
13. ¿Se enojan muy fuerte entre ustedes frecuentemente?
14. ¿Los dejan ser libres en lo que hacen y en lo que piensan en su familia?
15. ¿Para su familia es muy importante salir adelante en la vida?
16. ¿Van seguido a conferencias, teatro o conciertos?
17. ¿Frecuentemente van amigos a visitarlos a su casa?
18. ¿En su familia, acostumbran rezar?
19. ¿Generalmente son ustedes muy limpios y ordenados?
20. ¿En su familia, hay mucha disciplina?

ANEXO 1:
ESCALA DE MEDIOAMBIENTE SOCIAL FAMILIAR
(FES) FORMA R

21. ¿Se esfuerzan mucho en los quehaceres de la casa?
22. ¿Cuándo alguien se enoja en su casa, generalmente otro se molesta?
23. ¿Algunas veces llegan a estar tan enojados que se arrojan cosas entre ustedes?
24. ¿En su familia, cada quien dice lo que hace?
25. ¿Creen ustedes que la gente vale por el dinero que tiene?
26. ¿Es muy importante en su familia aprender cosas nuevas y diferentes?
27. ¿Alguno de ustedes está en equipos de fútbol, béisbol, etc.?
28. ¿Hablan ustedes con frecuencia del significado religioso de la navidad?
29. ¿En su casa es fácil encontrar las cosas cuando se necesitan?
30. ¿Una persona en su familia es la que toma la mayor parte de las decisiones?
31. ¿Se sienten muy unidos en su familia?
32. ¿Se cuentan ustedes sus problemas personales unos a otros?
33. ¿Cuándo tienen problemas explotan con facilidad?
34. ¿Pueden salir de la casa cada vez que quieren?
35. ¿Creen ustedes que se debe luchar por ser el mejor en cualquier cosa que hagan?
36. ¿Están ustedes interesados en actividades culturales?
37. ¿Van al cine, a eventos deportivos o excursión muy seguido?
38. ¿Creen ustedes en el cielo y en el infierno?
39. ¿En su familia, son puntuales?
40. ¿Las cosas en casa se hacen como se debe?
41. ¿Son ustedes comedidos en las cosas que se necesitan en casa?
42. ¿Si tienen ganas de hacer algo de repente, lo hacen?
43. ¿Seguido se critican unos a otros?
44. ¿En su familia, pueden realizar cualquier actividad personal sin que nadie los moleste?
45. ¿Ustedes siempre tratan de hacer las cosas un poco mejor en cada ocasión?
46. ¿Seguido discuten de arte, cultura, política, etc.?
47. ¿Todos ustedes tiene unos o dos pasatiempos?

ANEXO 1:
ESCALA DE MEDIOAMBIENTE SOCIAL FAMILIAR
(FES) FORMA R

48. ¿En su familia, tiene ideas estrictas de lo que es bueno o malo?
49. ¿En su familia, las personas son firmes en sus decisiones ?
50. ¿En su familia, se preocupan mucho por hacer solamente lo que esta permitido?
51. ¿Realmente se apoyan unos a otros?
52. ¿Cuándo alguien se queja en su familia, otro se molesta?
53. ¿Se golpean entre ustedes alguna vez?
54. ¿En su familia cada quien resuelve sus propios problemas?
55. ¿Se preocupan por mejorar el trabajo o por sacar mejores calificaciones en la escuela?
56. ¿Alguien de su familia toca algún instrumento musical?
57. ¿Aparte de sus obligaciones tienen actividades de diversión?
58. ¿Creen ustedes que hay algunas cosas que tienen que aceptar de buena fe?
59. ¿Tratan de tener ustedes la casa limpia?
60. ¿En su casa, hay poca oportunidad de opinar sobre las decisiones familiares?
61. ¿Hay mucha unión entre su familia?
62. ¿Los asuntos de dinero y deudas, se hablan delante de todos ustedes?
63. ¿Si hay desacuerdos entre ustedes, terminan discutiendo y peleándose?
64. ¿Entre ustedes se ayudan para defenderse de los demás?
65. ¿En su familia, trabajan duro para mejorar y salir adelante?
66. ¿Van a la biblioteca frecuentemente?
67. ¿Van a cursos o clases que no son parte de la escuela, por pasatiempo o interés?
68. ¿En su familia, cada persona tiene ideas diferentes acerca de lo que es bueno y malo?
69. ¿Cada uno de ustedes sabe bien cuáles son sus obligaciones?
70. ¿Es difícil que puedan hacer cualquier cosa que quieran?
71. ¿Verdaderamente se llevan bien entre ustedes?

ANEXO 1:
ESCALA DE MEDIOAMBIENTE SOCIAL FAMILIAR
(RES) FORMA R

72. ¿Pueden decirse cualquier cosa entre ustedes?
73. ¿Tratan ustedes de sobresalir sobre las demás personas de su casa?
74. ¿Cuando algún miembro de la familia hace lo que quiere, lastima los sentimientos de los demás?
75. ¿En su familia, primero es el trabajo y luego la diversión?
76. ¿Ustedes dedican más tiempo a leer que a ver televisión?
77. ¿Salen ustedes a pasear muy seguido?
78. ¿La biblia es un libro muy importante en su casa?
79. ¿El dinero lo manejan muy cuidadosamente en su casa?
80. ¿La disciplina en su casa es muy estricta?
81. ¿En su familia, a todo se dedica tiempo y atención?
82. ¿En su familia, discuten mucho?
83. ¿Creen ustedes que gritando consiguen lo que quieren?
84. ¿En su familia, se permite que cada quien diga lo que piensa?
85. ¿A ustedes les gusta estarse comparando con los demás?
86. ¿Realmente les gusta la música, la lectura, la pintura, la danza, etc.?
87. ¿La forma principal de entretenerse en su familia es ver T.V. o escuchar la radio?
88. ¿En su familia, creen que cuando alguien comete un pecado será castigado?
89. ¿Los platos se lavan rápidamente después de comer?
90. ¿En su familia, se respetan las cosas que no están permitidas?

ANEXO 2
CUESTIONARIO DE SALUD Y VIDA COTIDIANA
(FORMA A)

CUESTIONARIO DE SALUD Y VIDA COTIDIANA
(FORMA A)

Moos, r. (1984)

CUESTIONARIO DE SALUD Y VIDA COTIDIANA

Este es un cuestionario general de salud. Por favor conteste cada pregunta tan adecuadamente como usted pueda. Todas las respuestas son estrictamente confidenciales.

Mucho agradeceremos su cooperación en este estudio llevado a cabo por un grupo de investigadores de la facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México

No de cuestionario

Tipo de cuestionario

No de tarjeta

I. ALGUNOS DATOS ACERCA DE USTED

Sexo: Masculino = 1 Femenino = 2

Edad: _____

1. ¿Qué religión practica? _____ 2. ¿Qué Nacionalidad tiene?
12

- | | |
|----------------|--------------------|
| 1) Católica | 1) Mexicana |
| 2) Judaica | 2) Sudamericana |
| 3) Protestante | 3) Centroamericana |
| 4) Otra | 4) Norteamericana |
| | 5) Europea |
| | 6) Asiática |

3 ¿Estado civil? _____ 4 ¿Cuántas veces se ha casado en total?
14

- 1) Soltero
- 2) Casado o unión libre
- 3) Separado
- 4) Viuda

5 ¿Tipo de relación? _____ 6. ¿Trabaja actualmente? (En años)
16 17

- 1) ¿Tipo de unión con el actual cónyuge?
- 2) ¿Tiempo que vivió con su cónyuge antes de separarse?
- 3) ¿Tiempo que estuvo casado con su último cónyuge?
- 1) No
- 2) Si, medio tiempo
- 3) Si, tiempo completo
- 4) Si, más de tiempo completo

7 ¿Número de cambios _____ 8. ¿Si usted no trabajando en el último año? actualmente, ¿Cual es el motivo?
19 20

- 1) Temporalmente desempleado
- 2) No está empleado y está buscando
- 3) No está usted empleado y no busca trabajo
- 4) Estudia
- 5) Mala salud
- 6) Ama de casa

II. SU SALUD EN LOS ULTIMOS DOCE MESES

9 Le voy a leer una lista de enfermedades, ¿Ha tenido alguna de ellas durante los últimos doce meses?

SI = 1 NO = 2

| | | |
|-------------------------------|-------|--------------------------|
| Anemia | _____ | Problemas con la espalda |
| | 22 | |
| Asma | _____ | Problemas con el corazón |
| | 23 | |
| Artritis o reumatismo | _____ | Presión alta |
| | 24 | |
| Bronquitis | _____ | Problemas de riñón |
| | 25 | |
| Cáncer | _____ | Tuberculosis |
| | 26 | |
| Problemas crónicos del hígado | _____ | Úlceras |
| | 27 | |
| Diabetes | _____ | Embolia |
| | 28 | |

10. A continuación se presentara una lista de síntomas físicos. En los últimos doce meses, ¿Ha padecido alguno de ellos?

SI= 1 NO= 2

Ha sentido debilidad Ha sentido acidez estomacal
36 o indigestión.

Ha sentido de repente Ha sentido escalofríos
calor por todo el cuerpo 37

Ha sentido que el corazón Ha tenido manos le late fuertemente.
38 temblorosa.

Ha tenido poco apetito Ha tenido dolor de cabeza
39

Se ha sentido nervioso Ha tenido estreñimiento
40

Se ha sentido inquieto Ha sufrido insomnio
41

11. A continuación se enlistan algunas formas de como uno se siente a veces ¿En los últimos doce meses se ha sentido usted de alguna de las formas que continuación le leeré?.

SI= 1 NO= 2

Ha sentido que no puede empezar ninguna actividad

Ha sentido que se preocupa demasiado

Ha sentido que su memoria no está del todo bien

Ha tenido preocupaciones personales que le hacen sentir enfermo .

Ha sentido que nada le sale bien

18 ¿Cuándo usted bebe, qué tanto bebe en un día normal ?

| | | | | |
|--------|-----------|---------|----------|----------------|
| 1 vaso | 1-2 vasos | 1 litro | 2 litros | 3 litros o más |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Pulque

| | | | | |
|--------|-----------|---------|----------|----------------|
| 1 vaso | 1-2 vasos | 1 litro | 2 litros | 3 litros o más |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Cerveza

| | | | | |
|--------|-----------|---------|----------|----------------|
| 1 vaso | 1-2 vasos | 1 litro | 2 litros | 3 litros o más |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Brandy, Tequila Ron.

| | | | | |
|--------|-----------|---------|----------|----------------|
| 1 vaso | 1-2 vasos | 1 litro | 2 litros | 3 litros o más |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Vino de mesa

19 ¿Ha tenido alguna dificultad durante el último año por beber demasiado?

SI= 1 NO= 2

si contesto sí, ¿Que clase de dificultad tuvo?

Su salud Golpeo a alguien
73

Su trabajo Dificultades en su vecindario
74

Problemas de dinero Dificultades con la policía
75

Discusiones familiares Dificultades con amigos
76

STA TESTS NO DATE Y
SALIR DE C
SECRETOS

24 ¿Ha usado frecuentemente alguno de los medicamentos durante los últimos 12 meses?

SI= 1 NO= 2

- Pastillas para alergias
- Anfetaminas (estimulantes)
- Antidepresivo
- Aspirinas
- Pastillas para dieta
- Laxantes
- Pastillas para el dolor
- Pastillas para dormir
- Medicamentos para la digestión
- Tranquilizantes
- Vitaminas

25. Algunas veces, cuando las personas tienen problemas acuden a ciertas personas para solicitar ayuda. En los últimos 12 meses recibió ayuda de .

SI= 1 NO= 2

- Sacerdote
- Consejero familiar o matrimonial
- Médico
- Psiquiatría o Psicólogo
- Policía
- Grupo de auto-ayuda
- Abogado
- Su jefe o institución donde trabaja
- Amigos

III EVENTOS OCURRIDOS EN LOS ULTIMOS DOCE MESES

26 Esta es una lista de eventos que le pueden pasar a cualquiera. ¿Ha experimentado personalmente alguno de ellos durante los últimos 12 meses? (Si =1 No=2)

¿Hace cuantos meses ¿Lo ha hecho en el pasado antes?

SI NO

Cambio de casa 1 Si es 1 _____ meses _____ 50 51 52 53

Perdió algo con valor sentimental 1 Si es 1 _____ meses _____ 54 55 56 57

Muerte de algún amigo cercano 1 Si es 1 _____ meses _____ 58 59 60 61

Problemas con amigos o vecinos 1 Si es 1 _____ meses _____ 62 63 64 65

Se comprometió sentimentalmente 1 Si es 1 _____ meses _____ 66 67 68 69

Se casó 1 Si es 1 _____ meses _____ 70 71 72 73

Se separó 1 Si es 1 _____ meses _____ 74 75 76 77

Tuvo una reconciliación marital. 1 Si es 1 _____ meses _____ 78 79 80 9

CAMBIO DE TARJETA

No de Cuestionario _____
_____ 1 2 3 4

Tipo de cuestionario _____
_____ 5 6

No. de tarjeta _____
_____ 7 8

¿Hace cuán- ¿Lo ha hecho
 tos meses? o le ha pasado antes?
 SI SI NO

Se divorció I Si es I _____
meses 10 11 12 13

Nacimiento de un
 niño en su fami-
 lia inmediata I Si es I _____
meses 14 15 16 17

Dificultades con
 suegros o parien-
 políticos I Si es I _____
meses 18 19 20 21

Enfermedades se-
 rias o acciden-
 tales de miem-
 bro de la familia I Si es I _____
meses 22 23 24 25

Muerte del cónyuge I Si es I _____
meses 26 27 28 29

Muerte de un mi-
 embro de la fami-
 lia cercana (ex-
 cepto cónyuge) I Si es I _____
meses 30 31 32 33

Problemas con los superiores en el trabajo | Si es | _____ meses _____ 34 35 36 37

Suspendido o despedido en el trabajo | Si es | _____ meses _____ 38 39 40 41

Desempleado por un mes o más | Si es | _____ meses _____ 42 43 44 45

Aumento considerable en la carga de trabajo | Si es | _____ meses _____ 46 47 48 49

Fue promovido en el trabajo | Si es | _____ meses _____ 50 51 52 53

Consiguió mejor trabajo | Si es | _____ meses _____ 54 55 56 57

Aumento sustancial en el ingreso (20%) | Si es | _____ meses _____ 58 59 60 61

¿Hace cuán- ¿Lo ha hecho tos meses? o le ha pasado antes?

Si SI NO

Decremento sus-
tancial en el
ingreso (20%) 1 Si es 1 _____
meses 62 63 64 65

Se endeudó fuer-
temente 1 Si es 1 _____
meses 66 67 68 69

Su hijo entro
a la escuela nue-
va 1 Si es 1 _____
meses 70 71 72 73

Su hijo se fue
de la casa 1 Si es 1 _____
meses 74 75 76 77

Su hijo regresó
a casa 1 Si es 1 _____
meses 78 79 80 81

CAMBIO DE TARJETA

No de Cuestionario 1 2 3 4

Tipo de cuestionario 5 6

No de tarjeta 7 8

| | | | | |
|----------------|-----------|--------------|-------------------------|------------------------|
| | | ¿Hace cuanto | ¿Lo ha hecho dos meses? | o le han pasado antes? |
| SI | | SI | NO | |
| Un pariente se | | | | |
| cambió de su | | | | |
| casa | 1 Si es 1 | _____ | _____ | _____ |
| | | meses | 10 11 12 13 | |
| Tuvo problemas | | | | |
| legales | 1 Si es 1 | _____ | _____ | _____ |
| | | meses | 14 15 16 17 | |
| Tuvo problemas | | | | |
| de alcohol o | | | | |
| drogas | 1 Si es 1 | _____ | _____ | _____ |
| | | meses | 18 19 20 21 | |
| Fue asaltado | | | | |
| o roba | 1 Si es 1 | _____ | _____ | _____ |
| | | meses | 22 23 24 25 | |

27. Elija el problema importante de los que usted señaló antes, y dígame cuál es:

Si no ha tenido ninguno de estos problemas, mencione otro sobre el cuál usted desee comentar.

Problemas: _____

26 27

Indique por favor, cuál (es) de las siguientes formas de actuar, que a continuación le mencionamos, empleó usted para tratar de resolver problemas.

| | | | | |
|----|---------|-----------|-------------|---------|
| No | Si, 1 o | Si, algu- | Si, frecuen | 2 veces |
| | | nas veces | temente. | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|-------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Trato de saber más | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| sobre la situación | | | | | 28 |
| Hablo con su cónyuge | | | | | |
| o con otros parien- | | | | | |
| tes acerca del problema | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | | | | | 29 |
| Hablo con un amigo | | | | | |
| acerca del problema | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | | | | | 30 |
| Hablo con un profesio- | | | | | |
| nista, abogado, cura. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | | | | | 31 |

Rezó por una guía o
por darse valor _____ 32

Se preparo para el
peor de los casos _____ 33

No se preocupó.
Pensó que todo
saldría bien. _____ 34

Se desquitó con
otras personas
cuando se sentía
enojado o depri-
mido _____ 35

Trato de ver el
lado bueno de la
situación. _____ 36

No Si, 1 o Si, algu- Si, frecuen 2 veces
nas veces temente
1 2 3 4

Se ocupo con otras
cosas para no pensar
en lo sucedido _____ 37

Formulo un plan de
acción y lo llevó a
cabo. _____ 38

Considero vana
alternativas para
manejar el problema
_____ 39

Se siguió por sus
experiencias pasadas _____ 40

No expreso sus sen-

| | | | | | |
|---|-------|---------|------------------------|-------------------------|----------|
| timientos | _____ | _____ | _____ | _____ | 41 |
| Tomó las cosas venían, paso a paso | _____ | _____ | _____ | _____ | 42 |
| Trató de ver las cosas objetivamente. | _____ | _____ | _____ | _____ | 43 |
| Pensó sobre la si- tuación para tratar de entenderla mejor. | _____ | _____ | _____ | _____ | 44 |
| Se dijo cosas para ayudarse a sentirse mejor. | _____ | _____ | _____ | _____ | 45 |
| Intentó no presipi- tarse actuando impul- sivamente. | _____ | _____ | _____ | _____ | 46 |
| Se olvidó del pro- blema por un tiempo. | _____ | _____ | _____ | _____ | 47 |
| Supo que había que hacer y se esforzó más para que funcio- narán las cosas | _____ | _____ | _____ | _____ | 48 |
| Evitó estar con la gente en general | _____ | _____ | _____ | _____ | 49 |
| | No | Si, 1 o | Si, algu- nas veces | Si, frecuen- temente | 2 veces. |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Se propuso que la próxima vez las co- sas serían diferentes | _____ | _____ | _____ | _____ | 50 |
| Se negó a creer lo que había sucedido. | _____ | _____ | _____ | _____ | 51 |
| Lo aceptó, no podía hacer nada. | _____ | _____ | _____ | _____ | 52 |

Buscó ayuda con personas o grupos que hubieran tenido experiencias similares _____ 53

Negocio para rescatar algo positivo de la situación. _____ 54

Intentó reducir la tensión

-Tomando más _____ 55

-Comiendo más _____ 56

-Fumando más _____ 57

-Haciendo más ejercicio _____ 58

-Tomando más tranquilizantes _____ 59

IV ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE SU FAMILIA Y AMIGOS

28. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos tiene, sin incluir los conocidos eventualmente?

29 ¿Cuántos amigos cercanos tiene? Personas con quien usted puede platicar sus problemas personales.

30 ¿A cuántas personas conoce, de las cuales usted puede esperar ayuda real en tiempos difíciles?

31 ¿Pertenece usted a un círculo de amigos cercanos que se mantengan en contacto estrecho?

SI= 1 NO= 2

32 Durante los últimos doce meses, ¿Ha asistido usted a algunos de las siguientes actividades?

SI= 1 NO= 2

Con la familia o miem- Con uno o más bros de la familia amigos

| | | |
|--|-----------------|-----------------|
| a) Eventos atléticos | $\overline{67}$ | $\overline{68}$ |
| b) Juegos de tablero (ajedrez, damas) | $\overline{69}$ | $\overline{70}$ |
| c) Barajas | $\overline{71}$ | $\overline{72}$ |
| d) Concierto, opera o museo | $\overline{73}$ | $\overline{74}$ |
| e) Platicó un largo tiempo | $\overline{75}$ | $\overline{76}$ |
| f) Ayudó en algún proyecto | $\overline{77}$ | $\overline{78}$ |
| g) Dió una vuelta caminando | $\overline{79}$ | $\overline{80}$ |

CAMBIO DE TARJETA

| | | | | |
|--------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| No de Cuestionario | $\overline{1}$ | $\overline{2}$ | $\overline{3}$ | $\overline{4}$ |
| | Tipo de | | | |
| cuestionario | $\overline{5}$ | $\overline{6}$ | | |
| No de tarjeta | $\overline{7}$ | $\overline{8}$ | | |

| | | |
|-----------------------------------|-----------------|-----------------|
| h) Cacería o pesca | $\overline{9}$ | $\overline{10}$ |
| i) Reunión de club u organización | $\overline{11}$ | $\overline{12}$ |

| | | |
|-------------------------|-----------------|-----------------|
| j) Fiesta | $\overline{13}$ | $\overline{14}$ |
| k) Día de campo | $\overline{15}$ | $\overline{16}$ |
| l) Nadar o jugar fútbol | $\overline{17}$ | $\overline{18}$ |

33. Durante el último mes ¿qué tan frecuentemente se reunió con uno o más amigos? (Número de veces)

| | | |
|-----------------------------------|-----------------|-----------------|
| Los visitó en su casa | $\overline{19}$ | $\overline{20}$ |
| Se reunió con ellos en otro sitio | $\overline{21}$ | $\overline{22}$ |

34. Durante el último mes, ¿Cuántas veces visito a sus familiares? (Número de veces)

$\overline{23}$ $\overline{24}$

35. Las personas llevan acabo sus tareas domésticas de diferentes formas. Durante el último mes, ¿quién realizó las siguientes tareas en su hogar?

| Siempre | Casi siempre | Usted y otros por igual | Casi siempre con otros | Siempre usted con otros |
|--|--------------|----------------------------|---------------------------|----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Compra de comida | | $\overline{25}$ | | |
| Planear y preparar alimentos | | $\overline{26}$ | | |
| Tirar la basura | | $\overline{27}$ | | |
| Limpiar la casa | | $\overline{28}$ | | |
| Hacer los trabajos pesados de la casa | | — | | |

| | |
|---------------------------------------|----|
| | 29 |
| Hacer reparaciones menores en la casa | 30 |
| Arreglar el jardín | 31 |
| Manejar los gastos | 32 |
| Decidir como gastar el dinero | 33 |
| Llevar el coche al taller | 34 |
| Organizar las reuniones familiares | 35 |
| Ayudar a los niños con su tarea | 36 |
| Disciplinara a los niños | 37 |

- Si usted indicó que "Otro" le ayudo, esa fue generalmente su

(1) Cónyuge (2) Hijos (3) Hermano (4) Padres

V. ACTIVIDADES FAMILIARES

36 ¿Algunos de los siguientes temas causa desacuerdo en su familia?

| | | |
|-----------|-------|-----------------------------------|
| | SI= 1 | NO= 2 |
| Amigos | 39 | Ayudar a las tareas de la casa 46 |
| Parientes | 40 | El sexo 47 |

Iluminado 1 2 3 4 5 Oscuro
64
De buen 1 2 3 4 5 Pequeño
tamaño 65

39. Durante los últimos años ¿Cuántas veces se han cambiado de casa. (Número de veces)
66

40. ¿Cuántos mese ha vivido en su domicilio actual?
67 68 69

41 Su casa es:
(1) Propia (2) Rentada (3) Otra
70

42. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor su casa?

1 Casa independiente
2. Construcción de dos casa (duplex)
3. Construcción de tres o cuarto casas
4 Construcción de cinco o más casa
71

43 ¿Qué categoría describe mejor su colonia?

1. Urbano-comercial o urbano-industrial
2 Unidad habitacional
3. Residencial
4. Popular
5. Rural
72

44 ¿Cuántos cuartos hay en su casa o departamento? (incluye cocina pero no baño)
73

45. ¿Cuántas recamaras hay en su casa o departamento?
74

46. ¿Su casa tiene patio o jardín?
SI= 1 NO= 2
75

Aplacador _____ Fecha de aplicación _____

Muestra número _____

BIBLIOGRAFÍA

- Sobell L,C , Sobell M B. Revista Behavioral Assessment and treatment Planning.
Revista Clinical Psychology vol 8 pp19-54 1988.

- Fernández Ballesteros Evaluación Conductual . Ed. Piramide, Madrid. 1979

- Carol H. Weiss. Investigación evaluativa. Métodos para determinar la eficiencia de los programas de acción Ed. Trillas México 1988

- Campell, D y Stanley, J. Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social.
Ed. Amorrortu editores Argentina Buenos Aires.

- Wayne W Daniel. Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud.
Ed Noriega Limusa 3º 1987

- Maria Luisa Morales. Psicometría aplicada. Ed. Trillas 1987

- Sidney W. Bijou-Donald M. Baer. Psicología del desarrollo infantil Lecturas en el análisis experimental. Ed. Trillas vol2 1977

- Charles J. Holahan and Rudolf H Moos. The quality of social support: Measures of family and work relationships British Jurnal of Clinical Psychology (1983) , 22, 157-162.

- Edison J Trickett . The 1983 Division 27 Award for Distinguished Contributions to Community Psychology and Community Metal Health: rudolf H. Moos American Jurnal of Community Psychology, vol.12, No. 1, 1984

-Moos, R.H. (1982) The Clinical use of Social Environmental concepts. The case of an adolescent girl. American Journal of Orthopsychiatry, 62-122

-Mayo, J. Labrador, F.J. (1984) Manual de modificación de la conducta. Alhambra S.A. primera edición 1984. pp102, 103.

-Billings, A., & Moos, R.H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. Journal of Occupational Behavior, 3, 215-232.-

Billings, A., & Moos, R.H. (1982). Work stress and the stress-buffering roles of work and family resources. Journal of Occupational Behavior, 3, 215-232.

-Bronfenbrenner, U. (1979). The Ecology of Human Development. Cambridge, Ma. Harvard University Press

-Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York Springer.

-Ayala H. E. Hernández, L. y Chism, S.K. (1979). Evaluación de calidad de los servicios médicos. Reporte final del proyecto número 1478 del Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología

-Arias, M.G., & Ayala, M.F. Entrenamiento de habilidades de Afrontamiento a pacientes crónicos, perfiles de los pacientes oncológicos, familiares como colateral y su médico. Tesis. UNAM, 1990.

-Folkman, S., & Lazarus R.S. (1980). An Analysis of coping in a Middle Aged Community of Sample. University California, Berkeley. Journal of Health and Social Behavior, vol 21, 219-239.

-Hann, N. (1977) Coping and Defending. New York: Academic Press.

-Holahan, C.J., & Moos, R.H. (1985). Life stress and health: Personality, coping, and family support in stress resistance. Journal of Personality and Social Psychology, vol. 49, 739-747.

-Holahan, C.J., & Moos, R.H. (1986). Personality, Coping, and Family Resources in Stress Resistance: A logitudinal Analysis. Journal of Personality and Social Psychology, vol. 51, 389-395.

-Holahan, C.J., & Moos, R.H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. Journal of Personality and Social Psychology, vol. 52, 946-955

-Infante, C.C. (1988). Bases para el estudio de la interacción familiar-redes sociales- uso de servicios de salud, Salud Pública de México. Organo oficial del Instituto Nacional de Salud Pública, vol. 30, No. 2, 175-196.

-Kaplan, B.H., Cassell, J.C. y I. Gore, S. (1977). Social Support and Health. Medical Care, vol. 15, 47-58.

Kobasa, S.C., Haddi, S.R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. Journal of Personality and Social Psychology, vol. 42, 168-172.

-Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984) Stress, appraisal, and coping. New York. Springer.

-Maciel, H.A., & Medrano, N.I.E. Resultado de la Escala de Ambiente Familiar de Moos en familias con niños con retraso mentalo problemas de aprendizaje. Tesis. Universidad del Valle de México, 1990.

-Mitchell, R.E., Cronkite, R.C. & Moos, R.H. (1983). Stress, coping, and depression among married couples. Journal of Abnormal Psychology, vol. 92, 433-448

-Moos, R.H. (1967). Family Process. Journal Family Process

-Moos, Rudolf, H (1976). The human context environmental Determinants of Behavior. Stanford University.

-Moos, R.H., Cronkite R.C., Billings A.G., & Finney J.W. (1986). Health and Daily Livingform manual, Social Ecology Laboratory. Departament of Psychiatry and Behavioral Sciences Veterans Administration and Stanford University Medical Centers. Palo Alto, California 94305.

-Moos, R H , & Moos, B. (1984) The process of recovery from alcoholism:III. Comparing family functioning in alcoholic and matched control families. Journal of studies on Alcohol, vol 45, 111-118.

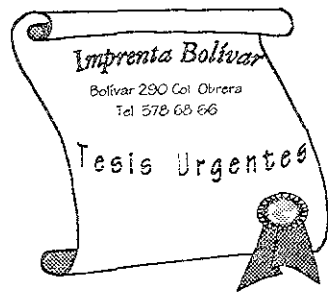
-Nava, R , Lagarde, M., & rivera, C. (1988). Las aportaciones de la Ecología-Etoológica, a la Psicología Clínica. Memorias, V Congreso Mexicano de Psicología Clínica.

-Parkes, K.R. (1984), Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful situations. Journal of Personality and Social Psychology, vol. 46, 655-668.

-Pearlin, L.I., Schooler, C. (1978). The Structure of Coping. Journal of Health and Social Behavior, vol. 19 (March) 2-21.

-Varela, B.J A. El aprendizaje de las habilidades de afrontamiento. Estudio diagnóstico Tesis, Maestría. Iztacala, UNAM, 1990

-Zarus, D. (1988). La participación comunitaria en los programas de atención primaria a la salud en el tercer mundo. Salud Pública de México. Organo Oficial del Instituto Nacional de Salud Pública, Vol 30, No. 2, 151-174.



Imprenta Bolívar

Bolívar 290 Col. Obrera
Tel 378 68 66

Tesis Urgentes