



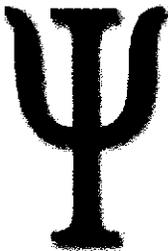
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ORIENTACIÓN A PADRES DE FAMILIA
DE NIÑOS CON PROBLEMAS DE
CONDUCTA A NIVEL PRIMARIA

R E P O R T E L A B O R A L
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
I X C O A T L O R T E G A L A V A I R O

DIRECTORA: MTRA. MARQUINA TERÁN GUILLÉN



MÉXICO, D. F.

ENERO 2006

M351535



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.

RECONOCIMIENTOS:

A la División de Educación Continua de la Facultad de Psicología por su valioso apoyo a mi titulación.

A mi asesora: la Mtra. Marquina Terán Guillen y a mis sinodales: Lic. Patricia Moreno Wonchee, Lic. Ma. Eugenia Martínez Campean, Mtra. Ma. Estela Jiménez, Dra. Silvia Macotela, por sus significativas aportaciones a este trabajo.

A Connie, Lucia Martínez, Nelly padilla, porque siempre estuvieron al tanto para enviarme las correcciones.

DEDICATORIA

A mi madre, por su grandísimo esfuerzo porque yo estudiara una carrera, la cual me ha ayudado a superarme en lo personal y proporcionado grandes satisfacciones profesionales.

A mi esposa por su presión constante para que terminara este trabajo y plantearme siempre retos a enfrentar que me permiten crecer.

A mis hijos, porque son la razón de mi vida y de mi superación en todos los aspectos de ella, y por que esto les sirva de motivación para una superación profesional y personal.

A mi hermana para que le sirva como estímulo para su constante superación personal y profesional.

INDICE

Resumen	5
Introducción	6
CAPÍTULO 1	8
Contexto Laboral	8
CAPÍTULO 2	28
Problemas de conducta	28
Enfoque conductual	38
Enfoque cognitivo conductual	47
Enfoque humanístico	52
Programas para trabajar con padres	57
CAPÍTULO 3	62
Método	62
Población atendida	62
Escenario	63
Proceso de intervención	64
Evaluación inicial	64
Evaluación final	68
CAPÍTULO 4	70
Resultados	70
Discusión	83
CAPÍTULO 5	87
Conclusiones	87
Referencias	92
Apéndice 1	102
Apéndice 2	106

RESUMEN

El propósito de este reporte consiste en presentar los resultados obtenidos en la orientación familiar en los casos de niños con problemas de conducta, así como hacer un análisis de los factores que facilitan u obstaculizan los resultados positivos en el mismo. El problema principal de los niños se caracterizaba por una desobediencia constante, en algunos casos esta desobediencia iba acompañada de agresividad, de un bajo rendimiento académico y/o de otra (s) característica(s) que se consideraba(n) problema en el niño.

La orientación se proporcionó principalmente a los padres en pareja o en forma individual (al no asistir alguno de ellos). En los casos en que existían otros familiares adultos en la familia y si se observaba que tenían una relación significativa con el niño, se les invitaba a la orientación. La orientación consistía en sugerirle a la familia la disminución o implementación de conductas paternas que le permitían mejorar la relación con su hijo, esperando como consecuencia el mejoramiento conductual del niño. De los 60 casos que solicitaron el servicio, en 26 de ellos no se pudieron registrar resultados de la intervención debido a la discontinuidad en las asistencias. En la mayoría de los otros 34 casos restantes en donde se alcanzaron a registrar los resultados de la intervención, en forma global podemos decir que éstos fueron positivos, ya que la relación entre padres e hijos mejoró y en los niños disminuyó su problema de conducta. En los pocos casos restantes no hubo cambios o los cambios positivos no se mantuvieron al menos en el tiempo que duró la intervención.

INTRODUCCIÓN

Los problemas que se atienden en este Centro de Salud son diversos, los cuales padecen los niños, jóvenes y adultos. La mayoría de los casos que se están presentando en esta institución son los problemas de conducta en los niños, estos son detectados por los padres o referidos por los profesores de diversas escuelas primarias.

La desobediencia en el hogar, por lo común tiene como reacción el enfado, desesperación de los padres y en ocasiones como consecuencia el maltrato psicológico o físico hacia el propio niño, provocando en ocasiones en el niño un rechazo hacia sus padres y haciendo la rebeldía hasta cierto punto permanente. Por otro lado, en la familia debido a su tensión por este problema se pueden provocar o aumentar los conflictos que se tienen en ella. En la escuela se da por lo regular el rechazo de sus profesores y compañeros, afectándole en ocasiones en su desenvolvimiento académico y socialización. En casos extremos –si el problema persiste- se presenta la suspensión temporal, esto puede estar seguido por la posible reprobación y/o expulsión de la escuela en forma definitiva, provocando en el niño un desinterés escolar y así la deserción escolar.

La conjunción de las consecuencias en la familia y en la escuela, aumenta la probabilidad de que el niño se convierta en un problema de tipo social, caracterizado por la vagancia, desempleo y/o delincuencia,

Debido a la importancia del problema mencionado y a la mayor demanda del servicio en relación con el mismo, en este trabajo se describen las actividades y resultados de la orientación a padres de niños de escuela primaria con la problemática.

Se dio atención a los padres y/o madres de 60 niños que asistían a la escuela primaria. Los padres de estos niños recibieron asesoría individual o por pareja en donde se les sugería de que manera mejorar la relación con su hijo. Después de algunas sesiones, se observó en la mayoría de los padres y madres que fueron constantes en las sesiones de orientación una mayor conciencia de la influencia que tenían en la conducta de sus hijos. Asimismo se pudo apreciar que estos cambios influyeron en la disminución significativa del problema conductual de los niños.

CAPÍTULO 1

CONTEXTO LABORAL

Dentro de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la salud mental está contemplada como uno de los aspectos necesarios para el bienestar integral de los individuos en la comunidad.

El servicio de salud mental así como los servicios de salud en general brindan su atención en tres niveles: 1º. Prevención primaria, 2º. Prevención secundaria y 3º. Prevención terciaria (Matraj, 1992).

La prevención primaria tiene como objetivos promover la salud mental en la comunidad y prevenir los problemas relacionados con esta área. Estos objetivos se pretenden lograr mediante la recomendación y difusión en la comunidad de aquellas acciones que van a redundar en una salud mental del individuo y por otra parte en acciones que van a permitir que el individuo evite la aparición de una psicopatología.

La prevención secundaria consiste en identificar tempranamente en los individuos las pautas de comportamiento que sean disfuncionales para ellos y para quienes les rodean, con el fin de que los primeros reciban atención profesional oportunamente.

La prevención terciaria se aboca principalmente a la reducción de los efectos residuales que se presentan después de que los trastornos mentales han terminado. Los servicios de rehabilitación juegan un papel importante al respecto, los cuales permiten al paciente funcionar a su máxima capacidad lo más pronto posible después de ser dado de alta en un hospital.

Calderón (1992), ejemplifica algunos problemas y actividades que se pueden realizar en cada nivel. *En la prevención primaria* es necesario que el programa contemple a miembros importantes de la comunidad tales como médicos, maestros, sacerdotes, dirigentes laborales, y en forma muy especial a la propia familia del individuo. Las técnicas utilizadas para esta finalidad deben estar dirigidas a tres grandes grupos a saber: niños y adolescentes, jóvenes y adultos, y personas de edad avanzada.

Para el grupo de niños y adolescentes las actividades se pueden iniciar desde la etapa peri-natal, tratando de evitar cualquier enfermedad durante el embarazo que pueda originar un daño cerebral en el producto, o nacimientos prematuros, partos mal atendidos, etc. Estas acciones en esta etapa se pueden continuar con la orientación a la pareja que espera a su primer hijo, para que sea capaz de adoptar las actitudes adecuadas para con el niño.

De la misma manera esta orientación debe dirigirse a los maestros, ya que tendrán a su cargo gran parte del bienestar emocional del niño y del adolescente durante su vida escolar; asimismo a los médicos, pediatras y de los que realizan sus actividades profesionales en centros educativos tratando de prevenir los padecimientos somáticos que puedan determinar secuelas que originen, posteriormente, problemas en el desarrollo psíquico de los niños. A la educación sexual se le debe dar una mayor importancia dentro de los programas de salud mental a nivel escolar.

A las personas en edad adulta, se les debe brindar una correcta orientación sobre las relaciones maritales, laborales, religiosas y sociales con el fin de evitar problemas que

posteriormente puedan traducirse en trastornos emocionales, con su respectiva influencia en el núcleo familiar. Asimismo, la educación con respecto al alcoholismo, intoxicaciones, accidentes, etc., pueden reducir la frecuencia de estos problemas en la comunidad.

El trabajo con las personas de edad avanzada puede evitar o atenuar los efectos que pueda tener el avance inevitable de la edad. Algunos eventos, como la soledad, el retiro prematuro sin la programación adecuada de actividades, la pérdida de familiares o de amigos, la incapacidad originada por los propios padecimientos físicos de la senectud y los matrimonios tardíos con personas de edad mucho menor, son circunstancias que pueden afectar la integridad psíquica en estas personas.

En la prevención secundaria consiste en la identificación temprana, así como el tratamiento oportuno de los procesos psicopatológicos o de los trastornos funcionales resultantes de conflictos intra o interpersonales. Durante la edad preescolar y escolar se pueden presentar trastornos en el aprendizaje, agresividad, hiperactividad o apatía, que pueden ser determinados por problemas endocrinos, alteraciones orgánicas, o conducta neurótica, con frecuencia como resultado de un manejo inadecuado por parte de los padres.

La carga emocional en la etapa de la adolescencia hace un poco difícil el diagnóstico temprano de cuadros psicopatológicos, ya que estos síntomas pueden ser una exacerbación de los problemas habituales de la propia etapa, sin embargo, hay que tomar en cuenta que existen ciertos problemas que pueden iniciar en esta etapa de la vida, como son: la epilepsia, la esquizofrenia, problemas de tipo

psicosocial, como la fármaco-dependencia, el suicidio y la conducta antisocial.

En la edad adulta se pueden presentar algunas dificultades psicológicas, que pueden originar depresiones severas, suicidios o cuadros psicóticos, algunas veces asociadas a crisis vitales o a cambios de importancia en los patrones conductuales establecidos.

En la prevención terciaria la atención de pos-curación de estos pacientes tiende a evitar recaídas y nuevos internamientos, puede realizarse en servicios de consulta externa, en hospitales, en talleres protegidos o en centros comunitarios especialmente diseñados para permitir la vigilancia del antiguo paciente en todas las actividades que realiza en el seno mismo de la comunidad.

Dentro de los servicios de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia se encuentra el Centro de Salud Urbano que está destinado a ofrecer la atención en Salud Mental dentro del primer y segundo nivel.

El Centro de Salud Urbano de la Secretaria de Salubridad y Asistencia tiene como propósitos ofrecer atención en salud mental a nivel de prevención primaria y secundaria. En este escrito se reporta el trabajo realizado con niños con problemas conductuales. Este trabajo se encuentra dentro del segundo nivel de atención. Estos casos se caracterizan primordialmente por una desobediencia constante, acompañada en ocasiones por una agresividad, desinterés escolar, u otra(s) característica(s) que los padres y/o maestros considera(n) problemática(s) en el niño.

En el año 1991 se inicia el servicio de salud mental en el Centro de Salud Urbano en la Cd. de Salina Cruz, Oaxaca. Esta Institución está contemplada dentro de una red de unidades del primer nivel de atención como son: La Casa de Salud, la Unidad Auxiliar de Salud, la Unidad Móvil, el Centro de Salud Rural para Población Dispersa, el Centro de Salud Rural para Población Concentrada y el Centro de Salud con Hospitalización.

El objetivo primordial de los servicios de primer nivel de atención consiste en otorgar a la población una atención integral y de calidad, que satisfaga sus necesidades de salud, mediante acciones preventivas, educativas, asistenciales, de promoción y fomento de la participación comunitaria en la operación de los servicios y el auto-cuidado de la salud.

El Programa Nacional de Salud y el Sistema Nacional de Salud (S.S.A. 1993), contemplan dentro de sus preceptos, la prestación de servicios de salud con calidad y calidez a toda la población del país, cuidando que ésta sea oportuna, equitativa y humanitaria. Se concede prioridad a las zonas marginadas y a la población materno infantil, empleando la estrategia de atención primaria a la salud. Esta estrategia es fundamental en el primer nivel de atención, además de ser la base de la organización y del funcionamiento de los servicios de salud.

El Centro de Salud Urbano se ubica en localidades de más de 15000 habitantes, y su organización tiene base en la integración de equipos multidisciplinarios que otorgan atención integral de salud al individuo, familia y a la comunidad. Cada equipo está constituido por un médico general y dos auxiliares de enfermería que tienen a su

cargo la atención de 3000 habitantes. La atención que se brinda en los centros de salud urbanos, es de carácter ambulatorio y bajo un esquema modular. Cada módulo esta conformado por un equipo de salud y un consultorio, El centro de salud puede tener de uno a doce módulos, los cuales constituyen el servicio de medicina general familiar.

Sobre la organización, evolución y funcionamiento de los centros de salud urbanos, resaltan fundamentalmente los siguientes aspectos (S.S.A. 1993):

- La creación en 1943 de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, como resultado de la fusión del Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia.
- Durante la segunda mitad del decenio de 1950 se construyeron los primeros centros de salud urbanos, como parte de la infraestructura médico asistencial.
- De 1964 a 1970 se construyeron más de 2000 centros de salud, en los cuales se incluyeron unidades urbanas y suburbanas.
- Durante el segundo semestre de 1971 se elaboró el Plan Nacional de Salud, que presentó un intento de consolidación de una política de salud con todos los organismos del sector y los representantes de los distintos niveles de gobierno.
- En 1981, se desarrolló el Programa de Atención a la Salud Marginada en Grandes Urbes, con el propósito de extender la cobertura en el medio urbano mediante la aplicación de cuidados primarios de salud.
- En febrero de 1983, se elevó a rango constitucional el derecho a la protección de la salud y el 7 de febrero de 1984, se publicó la

Ley General de Salud, que fundamentaron la prestación igualitaria de los servicios, y dio inicio a la descentralización operativa e integración orgánica de los servicios de salud.

- En 1985, como resultado de las atribuciones establecidas por la ley, se adopta la denominación de Secretaría de Salud, con el propósito de consolidar la normatividad central y la descentralización operativa de los servicios de salud. Para fortalecer estos últimos se elaboró el módulo de atención a la salud de la población abierta, donde se señala la organización del primer nivel de atención.
- En 1990, la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, la hoy Dirección de Coordinación Estatal y la entonces Dirección de Planeación y Desarrollo, se dedicaron a la revisión y actualización del módulo de atención a la salud de la población abierta, cuyos resultados fueron vertidos en los manuales de Organización de los Centros de Salud.
- Para complementar la atención y apoyar otros centros de salud de menos complejidad en este centro de salud se incluyen los servicios de Odontología, Trabajo Social y Salud Mental.

EL OBJETIVO PRIMORDIAL DEL CENTRO DE SALUD URBANO ES:

Otorgar servicios de salud a la población de su área de influencia, bajo los criterios de la Atención Primaria y Secundaria a la Salud, que contribuya bajo una red de servicios a mejorar las condiciones de salud de la población.

DENTRO DE SUS FUNCIONES SE ENCUENTRAN:

- Proporcionar servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación a población abierta.
- Proporcionar atención odontológica con hincapié en grupos prioritarios y atención de urgencias.
- **Detectar casos y establecer tratamientos de salud mental a individuos y grupos.**
- Detectar y establecer el tratamiento de los pacientes con deficiencias motoras y discapacidades por medio de métodos de rehabilitación simplificados.
- Aplicar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica e informar sobre la frecuencia y distribución de riesgos y daños a la salud en la población de su área de influencia.
- Detectar y referir casos que no puedan ser atendidos en la unidad y continuar su control cuando regresen a la misma, así como identificar y referir los pacientes que requieran asistencia social a las unidades que competa.
- Promover la participación comunitaria en acciones de salud y en obras de saneamiento básico, así como informar y capacitar a la población para el auto- cuidado de su salud.
- Programar y desarrollar las actividades con base al diagnóstico de salud del área de influencia.
- Identificar y proporcionar la capacitación y adiestramiento del personal.

- Participar en las investigaciones que realice o apruebe la Secretaría de Salud.
- Brindar servicios auxiliares de diagnóstico de responsabilidad que lo requiera y apoyar otras unidades del primer nivel con servicios del Trabajo Social, Odontología y Salud Mental.
- Informar a las autoridades municipales y a la jurisdicción sanitaria, las situaciones que ameriten acciones de control sanitario y establecer coordinación intersectorial.
- Proporcionar la información estadística de servicios de la unidad, de acuerdo al Sistema Estatal de Información Básica.
- Informar de sus actividades con la periodicidad que se solicite.
- Conservar en buen estado el material y equipo bajo su custodia y solicitar los insumos necesarios para realizar sus actividades.
- Cooperar con el personal que lo supervise y evalúe.
- Sugerir a su superior las medidas necesarias para atender la problemática de salud de la población del área de influencia de la unidad.

A continuación se describen los objetivos y funciones de la dirección, de los servicios relacionados con el área de salud mental y el servicio de salud mental propiamente que brinda este centro:

DIRECCIÓN

OBJETIVO: Establecer las funciones de planeación, coordinación, dirección y control de los servicios que otorga la unidad para mejorar la atención a la población de su responsabilidad.

El puesto es ocupado por un médico general, el cual tiene las siguientes funciones:

- Cumplir con las disposiciones emanadas del nivel jurisdiccional.
- Planear, coordinar, dirigir y controlar las actividades relativas a la atención médica, salud pública, asistencia social y administración de la unidad.
- Coordinar el ejercicio y control del presupuesto por programa de la unidad
- Coordinar la elaboración y evaluación de los programas de tipo asistencial, docente y administrativo para la prestación de los servicios mediante el cumplimiento de políticas y normas establecidas.
- Estructurar y presidir el consejo técnico de la unidad.
- Proponer al nivel superior las modificaciones sobre la estructura, organización y procedimientos básicos para el mejoramiento de los servicios asistenciales y administrativos de la unidad.
- Revisar y analizar la información integral de la unidad médica y generar las medidas necesarias para corregir las desviaciones que se presenten durante el desarrollo de los programas.
- Promover y organizar las actividades de capacitación para el mejor desempeño del personal de la unidad.
- Establecer y realizar mecanismos de supervisión interna, integral y sistemática a personal y servicios de la unidad.

SERVICIO DE MEDICINA GENERAL FAMILIAR

OBJETIVO: Otorgar servicios integrales de primer nivel para preservar, restituir y mantener la salud de la población del área de influencia mediante la organización de equipos modulares.

La atención médica se lleva a cabo por un grupo de médicos generales, con las siguientes funciones:

- Proporcionar servicios básicos de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación al individuo, la familia y la comunidad del área de influencia.
- Elaborar y conservar actualizado el diagnóstico de salud del área de influencia.
- Formular, desarrollar y evaluar el programa anual de actividades del servicio en relación a la situación local de salud.
- Aplicar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, así como informar al epidemiólogo de la unidad de las situaciones que ameriten acciones de control y fomento sanitario.
- Referir a los pacientes que lo requieran por la complejidad de sus problemas a otro nivel resolutivo, realizar el seguimiento y continuar su control posterior a la contrarreferencia, así como detectar y referir los casos que requieran asistencia social a las unidades que competa.
- Promover y conseguir la participación de la comunidad en acciones y obras para preservar y mejorar sus condiciones de salud.
- Identificar las necesidades de capacitación y adiestramiento entre el personal y participar en el desarrollo del programa de

servicios de la unidad.

- Integrar el archivo de expedientes individuales y familiares del área de su responsabilidad.
- Participar en el ejercicio de programación y presupuestación en el ámbito de su responsabilidad.
- Participar en el Sistema Estatal de Información Básica según las normas y los procedimientos establecidos.

SERVICIO DE ODONTOLOGÍA

OBJETIVO: Proporcionar atención odontológica a la población de responsabilidad, con énfasis en grupos prioritarios para lograr la atención integral del paciente y de la comunidad.

Esta acción es realizada por dos odontólogos, los cuales tienen las siguientes funciones:

- Proporcionar acciones de promoción, prevención y curación odontológicas a la población del área de influencia con énfasis a grupos prioritarios.
- Elaborar y mantener actualizado el componente de odontología del diagnóstico de salud en el ámbito de la población de responsabilidad y, con base en éste, formular y evaluar el Programa Anual de Servicio.
- Promover la participación de la comunidad en acciones de salud odontológica.

- Referir a los pacientes con enfermedades complejas de la cavidad bucal a otro nivel resolutivo, realizar el seguimiento y continuar su control después de la contrarreferencia.
- Participar en la coordinación técnica con el servicio de medicina general familiar para la atención integral del paciente.
- Participar en el Sistema Estatal de Información Básica según las normas y los procedimientos establecidos.

SERVICIO DE EPIDEMIOLOGÍA

OBJETIVO: Determinar los factores de riesgo que condicionan la distribución de los daños a la salud de la población de su área de influencia, para incidir positivamente en éstos mediante medidas de control.

Esta actividad es llevada a cabo por un médico especialista en epidemiología, el cual desempeña las siguientes funciones:

- Participar en la integración del diagnóstico de salud de la comunidad y analizar la información del mismo.
- Identificar fuentes de contaminación en el área de influencia de la unidad, cuantificar los riesgos y establecer el control epidemiológico.
- Identificar los grupos vulnerables para la operación de los programas.
- Confirmar los diagnósticos y tratamiento de las enfermedades infecto-contagiosas y establecer los métodos de control.

- Controlar las acciones de medicina preventiva y asesorar a la dirección y a los servicios de la unidad en relación a esto.
- Organizar la investigación básica epidemiológica y de medicina preventiva de acuerdo a la problemática local.
- Coordinar las acciones de fomento de la salud individual, familiar y de grupo.
- Operar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica.
- Participar en la elaboración, el desarrollo y la evaluación, del programa anual de actividades de la unidad.
- Identificar necesidades de capacitación del personal y participar en la misma.
- Participar en el Sistema Estatal de Información Básica según las normas y los procedimientos establecidos.

SERVICIOS DE ENFERMERÍA

OBJETIVO: Coordinar el personal de enfermería que integra a los diferentes servicios para apoyo a los programas de atención médica, salud pública y asistencia social.

Estas acciones son llevadas a cabo por el grupo de enfermeras, dentro del cual tienen las siguientes funciones:

- Formular y evaluar el programa anual del servicio.
- Coordinar las actividades de capacitación para el desempeño en el servicio.
- Supervisar, coordinar y evaluar al personal de enfermería (de inmunizaciones, curaciones, CEyE y observación de pacientes)

- Vigilar el suministro oportuno y suficiente de equipo e instrumental utilizado por los diversos servicios de la unidad.
- Apoyar a los diferentes servicios de la unidad en materia de enfermería y vigilar que los procedimientos se lleven a cabo según la normatividad.
- Participar en la organización del personal de enfermería de los servicios de la unidad.
- Participar en el Sistema Estatal de Información Básica según las normas y los procedimientos establecidos.

SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL

OBJETIVO: Realizar acciones propias del servicio mediante la integración de grupos y participación social de la comunidad, así como apoyo a las actividades propias del equipo de salud y de la unidad.

Esta acción es ejecutada por una licenciada en Trabajo Social, la cual tiene las siguientes funciones:

- Participar en la elaboración y desarrollo del diagnóstico de salud de la unidad y en la elaboración del programa anual de actividades del servicio.
- Establecer la coordinación institucional con los sectores público, social y privado para promover su participación en el desarrollo de los programas de salud.
- Participar en la identificación de líderes y el reclutamiento de promotores voluntarios, así como en la integración del comité local de salud.

- Coordinar el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, realizar su seguimiento y participar en su evaluación
- Difundir los servicios que presenta la unidad al usuario y comunidad, para que se conozcan y utilicen de manera oportuna y adecuada.
- Participar en actividades de educación para la salud individual y grupal así como la formación de grupos de control.
- Asesorar sobre acciones de promoción de la salud al personal de la unidad.
- Realizar acciones de asistencia social mediante actividades de identificación, referencia a organismos ex profeso y seguimiento de pacientes con problemas de carácter social.
- Identificar necesidades de capacitación del personal de su servicio y participar en las actividades de capacitación que se desarrollen en la unidad.
- Participar en el Sistema Estatal de Información Básica según las normas y los procedimientos establecidos.

SERVICIO DE ESTADÍSTICA

OBJETIVO: Mantener actualizada la información general por la unidad así como procesamiento para apoyar en la toma de decisiones.

Este trabajo es elaborado por una técnica en estadística, la cual realiza las siguientes funciones:

- Participar en la elaboración y desarrollo del programa anual de la unidad.
- Colectar y procesar la información recibida por los servicios de la unidad.
- Aplicar criterios de validación y analizar la información recolectada a fin de corroborar la congruencia interna de los datos.
- Promover y participar en el uso interno de la información.
- Verificar el cumplimiento de las normas establecidas en el llenado y la entrega oportuna del Sistema Estatal de Información Básica y del Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL

OBJETIVO: El servicio de Salud Mental que se proporciona en este centro tiene como objetivo principal:

Determinar, mantener y mejorar el grado de salud mental del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de coadyuvar al mejoramiento de la salud integral de éstos en su área de influencia.

Estas acciones son llevadas a cabo por un Psicólogo que realiza las siguientes funciones:

- Participar junto con el medico en la elaboración del diagnóstico de salud mental del área de influencia.
- Participar junto con el medico en la elaboración, el desarrollo y la evaluación del programa anual de actividades de la unidad.
- Proporcionar atención preventiva, curativa y de rehabilitación mental al individuo y la comunidad en general.

- Mantener actualizadas las notas psicológicas en los expedientes de los usuarios del servicio
- Referir a los pacientes que ameriten atención de mayor complejidad, de acuerdo con el Sistema de Referencia-Contrarreferencia y hacer seguimiento de los mismos. (se canaliza al paciente con un formato y procedimiento ya establecido).
- Coordinar las actividades del servicio de Salud Mental con los equipos de salud de la unidad.
- Participar en actividades de fomento a la salud.
- Identificar necesidades de capacitación del personal, y participar en la misma.
- Participar en el Sistema Estatal de Información Básica según las normas y los procedimientos establecidos.

ACTIVIDADES

Dentro de las funciones mencionadas se realizan las siguientes actividades, las cuales se encuentran en el primer nivel y segundo nivel de atención:

- Se imparten pláticas referentes a los problemas de salud mental en diversas instituciones educativas (escuelas primarias, secundarias y preparatorias) tanto a los alumnos como a los padres de familia. Estas pláticas se imparten ya sea a solicitud de los servicios educativos o el centro de salud las ofrece debido a un evento de tipo promocional propio de la institución.
- Elaboración de los expedientes de todos los usuarios del servicio. Mediante un formato previamente elaborado se registran los datos

de los pacientes que son referidos ya sea por el médico, enfermería o demás personal del mismo centro, así como también por profesores de las diversas escuelas o en dado caso por iniciativa del propio usuario del servicio.

- Se realiza la entrevista, el diagnóstico e intervención psicológica a la población en general, ya sea en forma individual y/o familiar. Para establecer un diagnóstico probable del caso se intenta realizar las entrevistas necesarias a los miembros de la familia que se consideren significativos en la problemática. De la misma forma se brinda la orientación ya sea individual, por pareja o familiar, según el caso.
- Dentro del diagnóstico se aplican diversas valoraciones que se consideren necesarias. Los tests con que cuenta el centro de salud actualmente, son el del Dibujo de la Figura Humana y el de Bender.
- Se hacen registros en cada sesión que se tiene con los usuarios. En cada sesión que se tiene con los miembros de la familia se hace el registro de las observaciones significativas realizadas, ya sea durante la sesión o al final de la misma.
- Se realiza la referencia a pacientes que requieran atención más compleja en otra institución de la misma dependencia. Cuando se detecta un caso que amerite una atención más especializada (principalmente los que requieran una medicación) se hace la referencia al hospital psiquiátrico del estado.

Dentro de las actividades mencionadas, se brinda atención a personas con diferentes problemas psicológicos: adultos y jóvenes

con problemas de ansiedad, depresión, problemas de pareja. Niños con problemas de conducta (desobediencia, agresividad), problemas de aprendizaje, enuresis, encopresis, fobias. Jóvenes de secundaria y preparatoria con problemas de conducta y bajo rendimiento académico, etc.

El trabajo que se reporta acá: *la orientación a padres de niños con problemas de conducta*, se ubica dentro del segundo nivel de atención.

Las actividades que se realizaron fueron: la entrevista a padres y niños, orientación a padres y la valoración psicológica a niños en casos que fueron necesarios.

- La entrevista que se realiza a padres y niños, es con el propósito de conocer el problema a atender, así como los factores que intervienen en el mismo.
- La orientación a padres tiene como propósito brindar tanto una explicación del problema, como sugerencias para el manejo del mismo.
- La valoración de los niños se realiza para conocer mejor su desarrollo intelectual, emocional y analizar de qué manera este influyendo en el problema conductual.

El marco teórico del trabajo realizado con los padres y los niños que presentan problemas de conducta se describe en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 2

PROBLEMAS DE CONDUCTA

Loeber y Dishion (citados en Reid y Patterson, 1991), consideran que los niños que presentan estos problemas tienen altas probabilidades de presentar en el futuro: desempleo, vagabundez, drogadicción y delincuencia.

En México, los problemas de conducta son una de las dificultades que se han abordado como parte de los programas de salud mental, ya que es uno de los problemas más frecuentes en los niños. En el Instituto Nacional de Salud Mental se registraron 1317 casos en el año de 1994, siendo este problema el motivo de mayor demanda (Gómez, 1996).

Por otro lado, Eljure (1985) realizó un análisis de los expedientes clínicos de los pacientes (niños de 8 a 12 años de edad) del bloque vespertino de la Unidad Terapéutica para Niños y Adolescentes (UTNA) del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" y encontró que los principales trastornos son: los problemas de conducta. El 73 % de estos casos estaban representados por: hiperactividad, desobediencia, impulsividad, inatención, vagabundez, robos, fugas, mitomanía y agresión. Bentovin (citado en Reid y Patterson 1991) encontró que los problemas de conductas son más frecuentes entre los varones.

Muchos de estos niños presentan algunas características similares. Gearheart, Mullen y Gearheart (1993) y Shea (1993), han detectado una serie de características más comunes que presentan algunos alumnos con problemas de conducta, como son: evitación al contacto con otros, desobediencia crónica, berrinches o rabietas,

hostilidad encubierta o manifiesta, pocos o ningún amigo, hiperactividad, incapacidad para completar tareas, atención pobre, inconsistencia en la ejecución académica, agresividad física hacia otros o hacia su propiedad, agresión verbal, cambios rápidos o severos en el humor, negación a la responsabilidad en las acciones, conducta repetitiva, conducta buscando atención, bajo académico inexplicable y falta de motivación. Los niños que presentan problemas de conducta pueden tener una o varias de estas características dentro de su repertorio de conducta.

Kazdin (citado en Reid y Patterson, 1991) considera que los niños que son extremadamente perturbadores en el salón de clases, están en alto riesgo de desarrollar posteriormente conductas desordenadas y delictivas, así como de desertar de la escuela.

Por otra parte Reid, Taplin y Loeber (citados en Webster-Stratton y Herbert, 1993) han observado que cuando un niño presenta conducta agresiva existe el riesgo de que se incremente el maltrato físico por parte de sus padres.

Además del riesgo de desarrollar problemas de personalidad, están: el abuso de drogas, el desempleo crónico, el divorcio, los desórdenes físicos, los accidentes en vehículos de motor y la dependencia de los servicios de beneficencia (Caspi, Elder, y Bem; Kazdin; Robins; y Rateliff; Roff; Walker y ol; Welson y Hermstein, citados en Reid y Patterson, 1991).

Loeber y Dishion (citados en Reid y Patterson 1991), plantean que es muy probable que la dificultad más importante para la sociedad sea la relación que existe entre los problemas

conductuales a temprana edad y la delincuencia, particularmente la delincuencia crónica. Las conductas que caracterizan a la niñez rebelde, desafiante, retadora y agresiva son acciones que pueden predecir subsecuentes agresiones criminales

Los problemas de conducta en los niños son un área prioritaria a abordar en los programas de prevención, los que se definen según el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades como: "Un patrón repetitivo y persistente de conducta asocial, agresiva o desafiante". Este comportamiento debe alcanzar niveles importantes de violación de la conducta socialmente esperada para la edad del paciente, debe ser más grave que la travesura infantil corriente o rebeldía de la adolescencia y debe tener un patrón perdurable de 6 meses o más. Algunos ejemplos de estas conductas son:

- niveles excesivos de pelea y de fanfarronería.
- crueldad hacia las demás personas y/o animales.
- destrucción grave de la propiedad.
- conducta incendiaria.
- mentira repetitiva.
- falta a la escuela y/o fuga del hogar.
- rabieta y desobediencia extraordinariamente frecuentes.

Cualquiera de estas conductas, si es marcada, es suficiente para el diagnóstico.

Dentro de este Manual el diagnóstico presenta 4 subcategorías con criterios particulares que las distinguen a cada una de ellas:

Trastorno de la Conducta Limitado al Contexto Familiar. Es un trastorno de la conducta que implica un comportamiento asocial o agresivo (no un mero comportamiento opositor, desafiante o perjudicial) que se haya total o casi totalmente limitado al hogar y a la interacción entre los miembros de la familia nuclear o el ambiente domestico inmediato.

Trastorno de la Conducta Antisocial. Es una combinación de comportamientos asociales o agresivos (no un mero comportamiento opositor, desafiante o perjudicial), con un deterioro generalizado y significativo de las relaciones del menor con los demás niños.

Trastorno de la Conducta Sociable. Es un comportamiento asocial agresivo, persistente (no un mero comportamiento opositor, desafiante o perjudicial) que se presenta en personas que generalmente se hayan bien integrados al grupo de sus pares. Ejemplos: ausencia escolar, delincuencia en grupo, delitos en el contexto de la pertenencia a una pandilla, robo en compañía de otros.

Trastorno Opositor Desafiante. Este trastorno ocurre habitualmente en niños pequeños, se caracteriza principalmente por un comportamiento notablemente desafiante, desobediente y

perjudicial, que no incluye acciones delictivas ni las formas extremas de comportamiento agresivo o asocial.

El Manual de Diagnóstico de Salud Mental IV, al respecto presenta 2 diagnósticos con sus respectivas definiciones: Trastorno Disocial y Trastorno Negativista Desafiante.

El Trastorno Disocial. “Es un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto”. (Primer criterio). Para establecer este diagnóstico se debe de cumplir este primer criterio general y al menos 3 criterios conductuales de los 15 siguientes durante los últimos 12 meses y por lo menos 1 criterio conductual en los últimos 6 meses.

En este diagnóstico entran otros 15 criterios conductuales divididos en 4 subgrupos:

- a) Comportamiento agresivo que causa daño físico o amenaza a otras personas o animales. Ejemplos:
 - A menudo fanfarronea amenaza e intimida a otros.
 - A menudo inicia peleas físicas.
 - Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola).
 - Ha manifestado crueldad física hacia las personas.
 - Ha manifestado crueldad física hacia los animales.
 - Ha robado enfrentándose a la víctima.
 - Ha forzado a alguien a una actividad sexual.
- b) Destrucción de la propiedad. Ejemplos:

- Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves.
- Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios).

c) Fraudulencia o robo. Ejemplos:

- Ha violentado el hogar o el automóvil de otra persona.
- A menudo miente para obtener bienes, favores o para evitar obligaciones.
- Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamientos con la víctima (robos de tiendas, pero sin allanamientos o destrozos, falsificaciones).

d) Violaciones graves de normas. Ejemplos:

- A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad.
- Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos 2 veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o solo una vez sin regresar durante un largo periodo de tiempo).
- Suele hacer novillos (irse de pinta, matar clase) en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años.

Otro criterio importante para dar este diagnóstico es que el trastorno provoque deterioro clínicamente significativo de la actividad académica social, académica o laboral.

También se puede diagnosticar de esta forma a jóvenes mayores de 18 años, si es que éste no cumple con criterios del trastorno asocial de la personalidad.

El Trastorno Negativista Desafiante. "Es un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante y hostil, dirigido a las figuras de autoridad". (Primer criterio). Otros criterios para establecer este diagnóstico son: a) que el comportamiento debe haber persistido por lo menos durante 6 meses. b) debe de cumplir el primer criterio general y al menos 4 de los 8 criterios conductuales siguientes:

- A menudo se encoleriza e incurre en pataletas.
- A menudo discute con adultos.
- A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas.
- A menudo molesta deliberadamente a otras personas.
- A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.
- A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros.
- A menudo es colérico y resentido.
- A menudo es rencoroso o vengativo.

c) El trastorno debe provocar deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral. d) Que las acciones no aparezcan exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo. e) Que no cumpla con los criterios del trastorno disocial, y si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno asocial de la personalidad.

Para realizar un diagnóstico o clasificación adecuada, es recomendable extraer toda la información posible del mayor número de fuentes accesibles. Sattler (2002) propone algunos instrumentos que se utilizan con el propósito de generar información que sea útil para tomar decisiones de clasificación, entrenamiento o intervención en aquellos niños que presentan problemas conductuales. En estos instrumentos, denominados Listas de Verificación Conductual se describen una serie de conductas problemáticas a considerar en el niño. A continuación se presentan 5 ejemplos:

1. Listas de Verificación de la Conducta Infantil (Sattler, 2002), la cual contiene una lista de problemas conductuales y aptitudes que registran padres o tutores. Esta lista tiene 9 escalas para un grupo de edad de 6 -11 años, las cuales contiene los siguientes rubros: 1) esquizoide o ansioso, 2) depresivo, 3) comunicativo, 4)obsesivo-compulsivo, 5) quejas somaticas, 6) retraimiento social, 7) hiperactivo, 8) agresivo, 9) delincuente. Además tiene otras 8 escalas para un grupo de edad de 4 - 5 años, las cuales son: 1) retraimiento social, 2) depresivo, 3) inmaduro, 4) quejas somáticas, 5) problemas sexuales, 6) esquizoide 7) agresivo y 8) delincuente.)

Formulario del Informe del Maestro (Sattler, 2002). Este se diseñó para obtener calificaciones de muchas de las áreas problemas que se cubren en la lista anterior. Proporciona un perfil multidimensional de los síndromes conductuales problemáticos obtenidos empíricamente, además de escalas que reflejan la conducta adaptativa y la ejecución en la escuela. Existen 8 escalas para los niños entre 6-11 años de edad, las cuales son: 1) ansioso, 2)

retraído social, 3) impopular, 4) autodestructivo, 5) obsesivo compulsivo, 6) distraído, 7) nervioso-hiperactivo y 8) agresivo.

2. Escala de Calificación para Padres de Conners (Sattler,2002).

Esta escala puede ayudar a identificar problemas conductuales en niños de 3 -17 años de edad. Existen 2 versiones: una de 93 reactivos y otra abreviada de 48 reactivos. La versión de 93 reactivos produce 8 factores: 1) Trastorno conductual, 2) Temerosos-ansioso, 3) Inquieto-desorganizado, 4)Problemas de aprendizaje-inmaduro, 5)Psicosomático, 6) Obsesivo, 7) Antisocial y 8) Hiperactivo-inmaduro. La versión de 48 reactivos produce 5 factores: 1) Problema conductual, 2) Problema de aprendizaje, 3) Psicosomático, 4) Impulsivo-hiperactivo y 5) Ansiedad.

4) Escala de Calificación para Maestros de Conners (Sattler,2002), también se utiliza para identificar una serie de problemas conductuales en niños de 4-11 años de edad. Es la escala complementaria a la escalas de clasificación para padres. Se encuentran disponibles en dos versiones: Una de 28 reactivos y otra de 39 reactivos. La versión de 39 reactivos contienen 6 factores: 1) hiperactividad, 2) problema conductual, 3) demasiado indulgente emocionalmente, 4) ansioso-pasivo, 5) asocial y 6) ensoñación-problemas de atención.

5) Lista de Verificación de la Conducta Problemática Revisada (Sattler, 2002). Es una escala que sirve para la calificación de los rasgos conductuales problemáticos que ocurren durante la infancia y la adolescencia, la cual cubre edades entre los 6 y 18 años. Tiene un total de 98 reactivos que se agrupan en 6 escalas: 1) trastorno conductual, 2) agresión socializada, 3) problemas de atención-

Inmadurez, 4) ansiedad-retramiento, 5) conducta psicótica y 6) exceso motor.

Tomando en consideración las consecuencias negativas tanto individuales, familiares, como sociales que se puedan presentar en los niños que tienen problemas de conducta, es sumamente importante desarrollar programas de intervención con esta población.

Se considera que existe una serie de factores socioeconómicos, sociales y culturales que han influido para que los padres no atiendan a sus hijos y que amerite que ellos se capaciten. Entre estos factores los autores mencionan: la necesidad de que ambos padres trabajen, el gran número de familias con un solo progenitor y el decremento en los miembros de la familia para proporcionar cuidados a los niños (Roberts, 1994), y la falta de límites claros, conflictos entre los padres sobre las pautas de crianza, etc.

La idea de apoyar a los padres en el cuidado de sus hijos ya existía en los inicios de este siglo en familias extensas. Los familiares mayores (abuelos, tíos y similares) estaban dispuestos a apoyar a los padres. Estos entrenamientos se realizaban con base en imitación de modelos, prácticas e instrucciones, a veces en forma de reprimendas (Nay, 1981).

Entre las intervenciones que se han realizado para enfrentar esta problemática se encuentra el modelo: terapeuta-niño, el cual no es del todo suficiente para propiciar el cambio conductual del niño (Abidin y Carter, 1980).

Así Graziano y Diament (1992) consideran que en este enfoque tradicional deja fuera un factor ambiental muy importante, los padres, que influyen en gran medida en la problemática del niño. Por esta razón plantean que es trascendental su orientación y capacitación para el cambio conductual de sus hijos.

A manera de muestra sobre las aplicaciones para el manejo y/o la solución de este problema a continuación se presentan los supuestos, principios y algunas aplicaciones bajo el Enfoque Conductual, Cognitivo Conductual, así como las técnicas y aplicaciones del programa para padres bajo los supuestos del Enfoque Humanístico.

ENFOQUE CONDUCTUAL

Las intervenciones bajo el enfoque conductual que tienen como objetivo modificar la conducta problemática de los niños están basados principalmente en los principios del condicionamiento operante formulados por B.F. Skinner (1938). Estos principios tienen como supuesto básico que la frecuencia de la conducta emitida por un organismo se altera o modifica en función de las consecuencias que le prosiguen (Reynolds, 1973).

Bajo este supuesto existen una serie de principios que se pueden aplicar dependiendo del efecto que tenga el evento que es consecuente con la conducta: reforzamiento, castigo, y extinción de la conducta. El reforzamiento consiste en que el evento que sigue a la conducta aumenta la probabilidad de que la conducta se presente

en el futuro. Este reforzamiento de conducta se puede dar mediante dos formas: por reforzamiento positivo y por reforzamiento negativo.

El reforzamiento positivo consiste en que a la conducta le sigue la presentación de un estímulo que recibe el nombre de reforzador positivo aumentando la probabilidad de ocurrencia de la conducta en el futuro. *El reforzamiento negativo* consiste en que la conducta fue seguida por la desaparición de un evento desagradable el cual recibe el nombre de reforzador negativo y que también aumenta la probabilidad de que la conducta ocurra en el futuro.

El castigo consiste en que a la presentación de la conducta le sigue un evento que aumenta la probabilidad de que la conducta disminuya o desaparezca en el futuro. El castigo se puede presentar de dos maneras: a) cuando la conducta es emitida se le puede presentar un estímulo, el cual recibe el nombre de estímulo aversivo y que aumenta la probabilidad de que la conducta disminuya y b) cuando a la conducta emitida se le retira un estímulo, en donde éste era un estímulo positivo reforzador de su conducta y que al retirárselo disminuye la probabilidad de que la conducta se presente en el futuro (Kazdin, 1996).

La extinción consiste únicamente en que a la conducta emitida no se le presenta el estímulo que previamente la reforzaba disminuyendo así la probabilidad de ocurrencia en el futuro (Reynolds, 1973).

TÉCNICAS UTILIZANDO EL REFORZAMIENTO POSITIVO

De los dos tipos de reforzamiento, es el reforzamiento positivo el más utilizado, ya que el reforzamiento negativo no es muy

recomendable debido a que al individuo tiene que presentársele un estímulo aversivo para que realice una determinada conducta y esto no es justificable desde el punto de vista ético, si es que no se ha intentado con el reforzamiento positivo. Así mismo los estímulos aversivos pueden producir efectos colaterales indeseables (Kazdin, 1996).

Dentro de las técnicas de reforzamiento positivo se utiliza el moldeamiento para crear una conducta, que hasta cierto punto es compleja en el organismo y no la tiene en su repertorio. Esta técnica consiste en reforzar respuestas simples ya existentes y convertirlas poco a poco en más complejas hasta que logre la conducta esperada. Para incrementar la frecuencia de una conducta es necesario que a la ocurrencia de la misma vaya seguida de estímulos reforzantes (Reynolds, 1973).

Para que una conducta que se ha implementado y/o incrementado se mantenga durante más tiempo, existen diversos tipos de programas de reforzamiento conductual. Entre estos programas se encuentran: el reforzamiento continuo y el reforzamiento intermitente. (Kazdin, 1996).

Otras técnicas de reforzamiento positivo se utilizan para incrementar conductas y se ha observado que colateralmente han disminuido conductas negativas. A continuación se mencionan algunas de ellas:

Reforzamiento de otra conducta. Consiste en reforzar otras conductas, menos la conducta a decrementar.

Reforzamiento de conducta incompatible o alternativa. Significa reforzar conductas que son incompatibles o compiten con la respuesta no deseada.

Reforzamiento de conducta funcionalmente equivalente. Se refiere al reforzamiento de conductas aceptables que logran las mismas metas y consecuencias que la conducta problema.

Reforzamiento de tasas bajas de respuestas. Es dar un reforzamiento por mostrar baja frecuencia de la conducta indeseable.

TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN CONDUCTUAL UTILIZANDO EL CASTIGO

En estos procedimientos se pueden presentar dos formas de castigo, las cuales tienen como objetivo decrementar la conducta negativa (Kazdin, 1996).

- Retiro de consecuencias positivas
- Consecuencias punitivas basadas en el esfuerzo

En el retiro de consecuencias positivas se puede aplicar: a) Tiempo fuera, que consiste en retirarle al individuo todos los reforzadores positivos durante un periodo determinado; b) costo de respuesta, el cual consiste en que el individuo pierda un reforzador positivo.

Respecto a las consecuencias punitivas basadas en el esfuerzo se pueden aplicar: a) la sobre-corrección, que consiste en la penalización por participar en una conducta no deseada, la cual tiene dos componentes: 1) la restitución, consistente en corregir los

efectos ambientales de la conducta inapropiada y 2) la práctica positiva, que implica practicar de forma repetitiva la conducta adecuada; b) otras consecuencias basadas en el esfuerzo, que consiste en poner al sujeto a que haga otra actividad desagradable cuando realice la acción negativa.

TÉCNICAS DE UTILIZACIÓN DE LA EXTINCIÓN

El procedimiento que se emplea en el proceso de extinción, consiste únicamente en ignorar la conducta que se desea debilitar y/o eliminar. Blackam y Silverman (1973) plantean un conocimiento básico para eliminar o instaurar una conducta.

1. Definir operacionalmente la conducta en que se desea influir.
2. Establecer una línea base de la conducta (conocer su frecuencia o magnitud).
3. Arreglar las situaciones de intervención.
4. Describir reforzadores potenciales.
5. Moldear o reforzar la conducta deseada para incrementar su frecuencia o no reforzar la conducta indeseable para disminuir o eliminar su frecuencia.
6. Llevar el registro de la frecuencia de la conducta durante el desarrollo del tratamiento.

Algunos autores (Nelson y Hayes, 1986; y Caballo, 1991) han tomado en consideración ciertos aspectos para guiarse en las conductas objetivo. Se le denomina de esta manera a aquellas

conductas a las que se dirige o sobre las que se centra la intervención terapéutica:

- Se deben cambiar los comportamientos que son física, social o económicamente peligrosos para el niño o para los que lo rodean.
- Se debe cambiar la conducta que flexibiliza el repertorio del niño, de tal manera que se aumenta el bienestar individual y social a largo plazo.
- La conducta a implantar en lugar de las conductas problema debe establecerse en términos positivos o constructivos. Las conductas tenderán a mantenerse si tienen calidez ecológica no únicamente eliminar una conducta negativa por que si, ya que si esta conducta negativa se reforzaba al emplearla puede instaurarse otra vez.
- La conducta nueva debe obtenerse a niveles óptimos y no sólo en niveles medios. Se deben seleccionar aquellas conductas que el contexto continuará manteniendo. El contexto no es sólo el contorno físico y social sino también sus sistemas de valores y creencias.
- Aquellas susceptibles de ser tratadas, dados los recursos con que cuenta el paciente y el terapeuta.

En caso de que existan varias conductas objetivo, Caballo (1991) recomienda iniciar con:

- La que resulta más molesta para el niño o personas significativas que le rodean, ya que si se es efectivo, los involucrados estarán más motivados para continuar la intervención.

- La más fácil de modificar, ya que los resultados rápidos motivan al paciente y a los demás.
- La que produzca la máxima generalización de los efectos terapéuticos.
- La primera conducta de la cadena en el caso de que varias conductas constituyan una cadena comportamental.

A los padres se les orienta o instruye en algunas de estas técnicas con el objetivo de que lo apliquen con sus hijos y mejoren su comportamiento. Bajo este enfoque Sanders y Dadds (1982), llevaron a cabo un programa de capacitación a padres, denominado "Actividades planeadas y procedimientos en el manejo conductual infantil". Las técnicas sobre las que operó el programa fueron: 1) reforzamiento de las conductas apropiadas, 2) el empleo de la enseñanza incidental, que consiste en involucrar al niño en alguna actividad cuando está portándose bien, 3) castigo (costo de respuesta y tiempo fuera) y 4) extinción. En este programa participaron cinco familias, las cuales tenían problemas en el manejo de sus hijos. Las edades de los niños fluctuaban entre los tres años cinco meses y los cinco años dos meses. Los cuales mostraban desobediencia frecuente y eran muy demandantes de atención. Los resultados de este trabajo mostraron que hubo una disminución en los niveles de conducta problema de los niños en comparación de la línea base. Asimismo se observaron cambios en las conductas de los padres, el 60% de los participantes mejoró su comportamiento.

Amador y Pérez (1993) llevaron a cabo un programa de capacitación a mamás con el objetivo de modificar la interacción con un hijo para que lo hicieran de la manera más óptima. La edad de los niños fluctuaba entre los 6 y 12 años.

Al final del programa las madres modificaron su patrón de interacción con sus hijos. Se observó que no todas las madres respondieron de la misma forma a la capacitación.

Las madres menos instruidas emplearon más tiempo en las sesiones de capacitación. Algunas conductas negativas fueron más difíciles de disminuir o eliminar en ellas, como por ejemplo la de sustituir al niño en sus actividades académicas; así como también hubo unas conductas más difíciles de aprender por ellas, como fue la de retroalimentar. Además, se observó que la conducta de supervisar era una de las más importantes para influir en los niños. En relación con las estrategias de enseñanza, parece ser que la de modelamiento reforzó los patrones de conducta enseñados. Algunas características de las madres parecían influir significativamente en los patrones de interacción entre ellos. Las madres que consideran incapaces a sus hijos de aprender cosas nuevas tendían a sustituir al niño en su trabajo. Las madres que manifestaron no tener cercanía emocional con un hijo, tenían patrones de interacción muy fríos, como el de ignorar, insultar y abandonar la actividad del niño. Esto podría estar relacionado con la dificultad de las madres para aprender la conducta de retroalimentar al niño.

En otro trabajo realizado por Vargas (1996), en donde se capacitó a madres de niños maltratados se observó que las madres modificaron su forma de interactuar con sus hijos. Se incrementaron

los niveles generales de interacción positiva y decrementaron los porcentajes de las categorías negativas de interacción. Los niños a su vez incrementaron la presentación de conductas positivas y decrementaron las que eran negativas.

Se observó en el estudio que hubo conductas positivas difíciles de enseñar a las madres como: compartir, premiar e imitar. En relación a las conductas negativas de interacción, como por ejemplo: desaprobar e ignorar fueron un poco resistentes al cambio. En los niños hubo conductas más difíciles de aprender, como fueron: premiar, compartir, risa provocada y contacto físico.

En otra intervención realizada por Barreto y Romero (1995) dirigida a madres con hijos que presentaban problemas de desobediencia, agresividad, y bajo rendimiento escolar, se observó - al término del programa- que las mamás aprendieron a dar instrucciones a sus hijos de una forma clara y precisa, a supervisar el trabajo de sus hijos, a corregir de una forma adecuada, a retroalimentar al niño acerca de la actividad que realizaba y a elogiar su buen comportamiento.

Un programa bajo el manejo de técnicas conductuales denominado: "Behavior management flow chart" se utilizó en madres de ocho niños, los cuales tenían como diagnóstico trastorno de déficit de atención con hiperactividad asociado con trastorno opositor desafiante. Los resultados mostraron que la conducta de las mamás mejoró y se redujo el estrés maternal y asimismo la conducta opositora del niño (Danforth, 1998).

Otro programa denominado: "Parent child-interaction therapy" fué utilizado para orientar a los padres de un niño con el mismo

diagnóstico. Al término del mismo se observó que las conductas negativas del niño decrementaron y la relación entre padres mejoró (Johnson, Franklin, Hall y Loreto, 2000).

En otro estudio Pinsker y Geoffray (1981) concluyen que los padres aprenden e implementan fácilmente el modelo conductual, y que no requieren de muchos profesionales para lograrlo.

ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

En la actualidad diversos investigadores con un enfoque conductual reconocen la influencia significativa de los factores cognitivos en el origen, mantenimiento y proceso de cambio para diversos problemas humanos (Golfried, 1995).

La psicoterapia conductual se ha vuelto más cognitiva debido a que los terapeutas cognitivos-conductuales observaron que las variables cognitivas desempeñaban un papel importante tanto en la evaluación como en los procedimientos de intervención, que aunque el paciente podía cambiar su conducta mediante las intervenciones, no siempre procesaban cognitivamente sus logros terapéuticos. Por otra parte en algunos casos no funciona la intervención conductual pura, viéndose así en la necesidad de utilizar otra orientación. En la actualidad los terapeutas cognitivos-conductuales reconocen las inconsistencias de las conductas (principalmente los patrones interpersonales) y que éstas deben ser tratadas en la terapia (Golfried, 1995).

Meyers, Cohen y Schleser (1989) argumentan que eventos como los que se mencionan a continuación dieron apertura para que los investigadores conductuales consideraran los procesos internos:

- La aproximación tradicional conductual se vio limitada en cuanto a la posibilidad de conseguir la generalización y mantenimiento de los cambios conductuales.
- Se desarrolló la llamada "Revolución cognoscitiva", la investigación en condicionamiento semántico, auto-estimulación simbólica e imaginaria, la identificación del papel del aprendizaje vicario y de la percepción de las contingencias.
- El desarrollo del estudio e intervenciones basadas en la modificación de procesos cognoscitivos.

Se observan ciertas características que distinguen a la postura cognitiva conductual de la postura conductual tradicional (Kaplan y Drainville, 1991; Hart y Morgan, 1993; y Manning, 1988), a continuación se presentan algunas de ellas:

- El funcionamiento humano está recíprocamente determinado por eventos conductuales, ambientales y cognoscitivos.
- El aprendizaje no sólo implica una conducta manifiesta, también involucra la forma como un individuo procesa la información.
- Los procesos cognitivos (pensamientos, sentimientos, conocimientos, etc.) son mediadores entre el ambiente y la

conducta. Algunas técnicas con base cognoscitiva pueden emplearse en combinación con técnicas de reforzamiento

- La verbalización encubierta es la forma más usual con que un individuo dirige su comportamiento.

A continuación se presentan algunas técnicas con base cognoscitiva, las cuales pueden emplearse en combinación con técnicas de reforzamiento y castigo (Kazdin, 1996).

Desensibilización sistemática. Consiste en entrenar a una persona para que se relaje profundamente, apareando la relajación con la exposición a las situaciones que evocan ansiedad, pretendiendo que se elimine la ansiedad que las situaciones evocan.

Inundación. Se le presentan a la persona las situaciones que le provocan más ansiedad para que la persona se habitúe a ella y se reduzca la ansiedad.

Sensibilización cubierta. Esta técnica se utiliza para disminuir o eliminar la conducta indeseable y hacer que los sujetos se imaginen a si mismos participando en la conducta indeseable con el propósito de construir una aversión hacia los estímulos que le agradaban.

Extinción cubierta. También esta técnica sirve para disminuir la conducta indeseable y que la persona imagine la conducta

indeseable y luego imagine que ya no se presenta el reforzador que motivó esa conducta con el objetivo de que se reduzca.

Costo de respuesta cubierta. Aquí también se utiliza para disminuir la conducta indeseable y que el cliente imagine la conducta que va a reducirse y después imagine la pérdida de un reforzador.

Reforzamiento positivo cubierto. Esta técnica se aplica para implementar o incrementar una conducta y que la persona imagine la conducta y que consecuentemente imagine una escena placentera con el propósito de reforzar su conducta.

Reforzamiento negativo cubierto. Se utiliza para incrementar la conducta y que la persona imagine un estímulo aversivo y luego se le pide terminar la escena aversiva e imaginar la respuesta que va a incrementarse.

Modelamiento cubierto. Aquí las personas imaginan en lugar de observar las cosas.

Psicoterapia racional emotiva. Esta técnica está basada en el supuesto de que los problemas psicológicos surgen de patrones de pensamientos falsos e irracionales y el propósito de la terapia es examinar las ideas irracionales, señalarlas al paciente e intentar sustituirlas por ideas más adaptativas.

Auto instrucciones y auto-afirmaciones. Esta técnica instruye a la persona para que se hagan sugerencias y comentarios específicos para guiar su propia conducta de modo parecido a ser instruidos por alguien más.

Entrenamiento en habilidades para la solución de problemas.

Este entrenamiento instruye a las personas para que adquieran habilidades para la solución de problemas. Esta técnica se desarrolla bajo el supuesto de que las personas tienen dificultades para resolver problemas debido a su carencia de habilidades específicas al respecto.

Entrenamiento de inoculación de estrés. Esta técnica está diseñada para ayudar a los individuos a manejar eventos estresantes. Se enseñan una cantidad de habilidades cognoscitivas y de autocontrol para reducir el impacto de estos eventos. Aquí se expone a los sujetos a dosis pequeñas o manejables del evento estresante que no dañan sus defensas.

Algunas de estas técnicas se han aplicado para tratar a niños con problemas de conducta. En un estudio de Meichenbaum y Goodman (1971), realizado con niños impulsivos bajo la técnica de auto instrucción se demostró que decremento la conducta impulsiva y además se observó una disminución de los errores en las tareas de los niños.

En otro estudio con niños con similares características pero bajo la técnica de instrucción en habilidades de solución de problemas, se pudo disminuir la conducta desorganizante e impulsiva de los niños e incrementar la socialización entre sus compañeros (Kazdin, 1988; Kendall y Braswell, 1993; y Spivac y Shure, 1982).

MODELO HUMANISTA

Este enfoque sostiene que los individuos están dirigidos por una tendencia innata de sobrevivir y a reafirmarse lo cual los lleva al desarrollo personal, a la madurez y al enriquecimiento vital (Rogers, 1966). Bajo este enfoque existe un programa elaborado por Gordon (1977), el cual puede ser representativo del trabajo con padres. Este autor considera que el desarrollo y crecimiento saludable de los niños está estrictamente relacionado con la habilidad para comunicar los sentimientos. Coincide con las ideas de Haim Ginott (1969) en donde la comunicación y sentimiento son aspectos centrales. En el desarrollo de su programa él amplió estos conceptos y sus aplicaciones, también coincide con Rogers (1966) en la necesidad de crear una atmósfera de aceptación y respeto. Estos autores consideran que los niños son lo suficientemente competentes para resolver muchos de sus problemas, pero para que se desarrolle esta aptitud requiere que los padres creen una atmósfera apropiada para esto.

El programa elaborado por Gordon (1977) se denomina "Padres Eficaz y Técnicamente Preparados (PET)" y tiene como objetivo enseñar a los padres a responder a los sentimientos del niño. Todas las acciones están derivadas bajo el concepto de "Aceptación", en donde éste se considera como la capacidad del padre para entender que él como persona tiene sentimientos positivos y negativos hacia sus hijos. No tiene que fingir que acepta o ama a su hijo cuando la realidad no es así. Asimismo, No se tiene

que sentir el mismo grado de cariño y aceptación hacia todos los hijos. Tampoco considera que ambos padres tengan que sentir y actuar de la misma forma con sus hijos, sino lo primordial es que aprendan a conocer qué es lo que están sintiendo respecto a ellos.

Mediante este enfoque el padre deberá de aprender y reconocer que dentro de toda la gama de conductas que un niño emite, hay conductas que provocan sentimientos de aceptación y otras que no son aceptadas por ellos. Puede darse el caso en algunos padres que el número de conductas aceptadas en sus hijos sea mayor que las no aceptadas o viceversa. En estos casos se puede decir que es un padre relativamente aceptante o relativamente rechazante. La menor o mayor aceptación del padre está relacionada en parte por la forma de ser del padre, es decir, con su personalidad, con su seguridad interior, con su índice de tolerancia, que esté contento de sí mismo; que los sentimientos que tiene acerca de sí mismo sean independientes de los que suceden a su alrededor.

Por otra parte, el grado de aceptación también está determinado por las características de los propios niños. En ocasiones es difícil sentir aceptación por niños sumamente agresivos o activos, o poco atractivos físicamente o pueden exhibir rasgos conductuales que no son del gusto de uno.

Otro de los aspectos que hay que considerar en la aceptación, es el estado de ánimo en que los padres estén en un determinado momento y la situación social en que se encuentren. Todo esto nos lleva a concluir que los padres pueden no ser del todo uniformes en el trato con sus hijos, ya que pueden tener momentos de

inestabilidad, lo cual también debe de ser comunicado y aceptado por sus hijos. Gordon (1977) afirma, que si los padres trataran de ser constantes no serían genuinos.

El programa se basa en instruir a los padres en tres habilidades básicas para demostrar sus sentimientos de aceptación y una serie de sugerencias que sirven de apoyo para estas tres habilidades básicas, las cuales radican en la modificación del medio ambiente para la corrección del comportamiento inaceptable. Las tres habilidades básicas consisten en: a) saber escuchar activamente al niño, b) aprender a enviar "mensajes yo" y c) ejercitar la solución "nadie pierde" para resolver conflictos.

Cuando el niño tiene un problema que puede considerarse propiamente de él, a través de la "escucha activa", el papá puede demostrar una aceptación del niño, demostrar su deseo por escuchar el punto de vista de su hijo, quizá lo más importante es enfatizar en la autonomía del menor. Utilizando la "escucha activa" el papá permite al niño adueñarse de su propio problema. Para el hijo, la "escucha activa" le provee la oportunidad para explorar su comportamiento en un ambiente de interés y no ser juzgado.

En muchas ocasiones el escuchar al niño no soluciona los problemas de él, pero es de mucha ayuda, ya que le permite al niño expresar sus sentimientos sobre la situación y que se sienta aceptado por alguien por poseer esos sentimientos. Ayuda a expulsar sentimientos negativos en presencia de alguien que acepte y entienda la situación. El niño al ser aceptado en sus sentimientos y comprenderlos, es liberado para hacer algo más.

Los "mensajes yo" son utilizados por los padres cuando el problema los involucra a ellos, en esta circunstancia, podrán enviar "mensajes yo" para tener un mejor control de la situación y así mismo mejorarla. Estos mensajes constan de tres partes: a) una declaración de cómo se siente el papá, b) una declaración en lo que está basada ese sentimiento, y c) una declaración del porqué el papá desapruueba el comportamiento.

Estos mensajes tienen alta probabilidad de influir en el niño para que mejore su conducta, así como para que mejore la relación entre padre e hijo. Estos mensajes tienen poca probabilidad de provocar rebelión y resistencia. Comunicarle al niño con sinceridad el efecto de su conducta en los padres, es menos amenazante que darle a entender al niño que hay algo malo en él que provoca su conducta, ejemplo: cuando el padre está cansado y no tiene ánimos de jugar y el niño le insiste, es más efectivo decir: "no puedo descansar cuando tengo a alguien encima" que decir: "me estás molestando".

El método de solución "nadie pierde" se utiliza para resolver conflictos entre padres e hijos y de una forma no forzada para ambos. Existen seis pasos al respecto:

- 1) Definir el problema, 2) identificar soluciones alternativas, 3) evaluar soluciones alternas, 4) decidir sobre una solución, 5) llevar a cabo la solución y 6) dar seguimiento a la solución.

Este modelo también contempla la modificación ambiental para reducir el comportamiento indeseable y se utiliza más frecuentemente con niños menores, ya que al crecer los niños, los

padres dependen más de los métodos verbales. En este apartado se dan sugerencias las cuales se abocan a:

- Cómo enriquecer el medio ambiente del niño.
- Cómo acondicionar un lugar para que no sobre-estime al niño.
- Cómo simplificar el ambiente para hacer más fácil el desenvolvimiento del niño.
- Cómo cuidar los elementos que están en casa para evitar problemas.
- Cómo sustituir actividades del niño por otras que sean menos peligrosas.
- Cómo preparar al niño para un cambio ambiental.
- Cómo planear con niños mayores las condiciones ambientales para reducir conflictos.

Mitchell y Mc Manis (1977), llevaron a cabo este programa y encontraron que los padres eran menos rígidos en la educación de sus hijos. Asimismo Hills y Knowles (1987) al implementar este programa encontraron que los padres eran más cálidos con sus hijos.

Bajo este enfoque, otro modelo de terapia denominado "Filial therapy training model" se llevó a cabo con padres solteros (hombre o mujer), con el propósito de aumentar las relaciones entre padres e hijos, ayudándoles a aprender como crear un medio ambiente de aceptación en donde sus hijos sintieran seguridad para expresar y explorar sentimientos y pensamientos. Este modelo contenía tanto componentes dinámicos como didácticos para enseñar a los padres habilidades básicas de terapia de juego centradas en el niño. En

cada sesión el facilitador se enfoca en incrementar la sensibilidad del padre sobre sus hijos, comprendiendo sus necesidades emocionales de ellos, identificando las emociones de los mismos y respondiendo empáticamente. Los resultados mostraron que los padres mejoraron sus actitudes de aceptación y conducta empática hacia sus hijos. Asimismo revelaron menores niveles de estrés. Los niños mostraron un incremento en su autoestima (Bratton y Landreth 1995). Este mismo modelo de terapia se levó a cabo con madres en prisión (Harris y Landreth 1997) y padres en prisión (Landreth y Lobaugh 1998), obteniéndose resultados similares.

TRABAJOS CON PADRES

En lo que respecta a la forma de trabajo, los programas para padres pueden ser diseñados para trabajar en forma individual o grupal. La forma individual tiene la ventaja de que cuenta con el apoyo, se orienta de manera más directa a la problemática específica de la familia, mientras que en el trabajo grupal se debe tener homogeneidad del problema y no se puede profundizar mucho en ellos; sin embargo, su riqueza radica en el intercambio de experiencias entre los padres (Tavormina, 1980).

En cuanto al contenido, se encuentran los que proporcionan información, habilidad o ambas. Los que ofrecen información dan a los padres conocimientos útiles para la vida familiar; no obstante por

no fundamentarse en aspectos prácticos es muy difícil que los padres lo lleven a la práctica cotidiana, causando mayor confusión. En cambio los que brindan habilidades, se enfocan a entrenar a los padres con estrategias sencillas, de aplicación práctica en la solución de problemas específicos, y les ayudan a lograr una interacción efectiva con sus hijos (Amador y Pérez 1993 y Barreto y Romero 1995).

Walker y Shea (1987), piensan que los programas que contienen información y los que contienen habilidades se pueden integrar para obtener un programa mas completo.

Boyd, Stauber y Bluma (1977), menciona cuatro tipos de entrenamiento a padres:

1. *Didáctico*. Es similar al de información, mencionado anteriormente.
2. *Didáctico de Intervención Indirecta*. Además de dar información, en este programa el padre aprende a detectar problemas, a registrarlos, a elaborar un programa de intervención y establecerlo. La desventaja radica en que el padre no recibe retroalimentación en forma inmediata respecto a su ejecución, y en ocasiones el padre altera datos y por esto las conductas no se pueden generalizar.
3. *Intervención Análoga*. Toma aspectos del anterior, aunque la diferencia se encuentra en que el psicólogo evalúa el problema en un ambiente semi-estructurado, lo que le permite tener una aproximación más real del problema, garantizando una mejor adecuación del tratamiento. Aquí el padre si obtiene una

retroalimentación inmediata aunque la situación análoga no refleje un 100% del ambiente natural.

4. *Intervención directa.* En ésta, se hace posible la evaluación del problema y la práctica directa del problema en el ambiente natural.

Un tipo de programa preventivo es el que utiliza la orientación y el consejo. Tavormina (1980) refiere tres modelos de consejo a padres

- 1.-*Consejo Reflexivo.* Aquí se hace énfasis en la conciencia paterna, entendimiento y aceptación de los sentimientos del niño. En esta orientación se consideran que son variables internas (cognoscitivas) las principales determinantes del comportamiento del niño y de la interacción entre padres e hijos.

- 2.-*Consejo Conductual.* Este método pretende enseñar a los padres a manipular sus respuestas hacia su hijo, con el fin de afectar o modificar su comportamiento subsecuente. A los padres se les enseñan los principios básicos del condicionamiento operante para aplicarlos a los problemas conductuales de sus hijos.

- 3.- *Formato de Combinación.* Considera los dos aspectos anteriores y supone que los padres necesitan tanto discutir acerca de sus sentimientos como de aprender el manejo de técnicas conductuales.

Para que un programa a padres sea efectivo, diversos autores, sugieren: El apoyo grupal ya que permite compartir experiencias entre los padres (Abidin, 1980 y Walker y Shea, 1987).

1. Se sugiere adoptar un formato de combinación como el expuesto por Tavormina (1980), el cual enfatiza la importancia de la interrelación tanto de factores cognitivos como observables en la experiencia educativa de los padres y que además proporcione tanto información como habilidades.
2. Se recomienda que la forma de trabajo sea principalmente análoga, ya que considerando la realidad, la intervención directa es difícil de llevar a cabo debido a carencias de recursos humanos y físicos. La intervención análoga permite que el psicólogo tenga un contacto más directo con la realidad de la problemática.
3. Se deben realizar observaciones y evaluaciones sistemáticas de la interacción familiar con el fin de que los programas se ajusten a las necesidades de la familia (Blechman 1981 y Budd y Fabry, 1984).
4. Se debe capacitar tanto a padres como al niño para promover cambios en ambos, que garanticen la eficacia de los programas (Embry, 1984). En caso de que no se pueda capacitar a ambos padres, el que reciba dicha capacitación deberá involucrar a la pareja y también se deben considerar los miembros de la familia para que apoyen el trabajo y los cambios logrados (Bleckman, 1981 y Simpson, 1980).

5. Se debe establecer dentro del programa estrategias de generalización y mantenimiento que permitan la transferencia de habilidades (Nay, 1981).
6. Evaluar los niveles de logro del niño y monitorear las actividades del padre (Mc. Whirter, 1980), tanto en las sesiones como en las tareas de casa y retroalimentar acerca de ello (Nay, 1981).

Como se observa, el trabajo con padres es una labor muy compleja que requiere de un abordaje integral. En todos los aspectos considerados debe enfatizarse su aplicación lo más cercana a la realidad, a las características y necesidades de cada familia. De todo lo expuesto se concluye que los padres son las personas que tienen más influencia en el desarrollo de sus hijos, y según se estructure su dinámica familiar se puede desarrollar en el niño conductas aceptadas o no socialmente.

En base a lo expuesto es importante señalar que los problemas de los niños pueden ser explicados y tratados desde diferentes puntos de vista. Debido a la experiencia con estos problemas, el psicólogo se ve en la necesidad de utilizar diversas estrategias para el manejo del mismo.

Algunas de las estrategias empleadas en este trabajo de orientación a padres tienen cierta similitud con algunas técnicas bajo los principios del enfoque Conductual y Las técnicas del programa para padres bajo el enfoque Humanístico

CAPÍTULO 3

OBJETIVO DEL TRABAJO

El objetivo de esta intervención fue mejorar la forma de relación entre los padres e hijos y que como consecuencia que la conducta del niño mejore.

MÉTODO

POBLACIÓN ATENDIDA

Se seleccionaron los 60 casos que asistieron al centro de salud en el año de 1997. Estos casos eran niños que presentaban problemas de conducta tanto en casa como en la escuela. Del total de los casos, 16 niños cursaban el 1er. Grado; 9 niños el 2º. Grado; 8 niños el 3er. Grado; 10 niños el 4º. Grado; 10 niños el 5º. Grado y 7 niños el 6º. Grado. En relación con la escuela de donde provenían, 52 eran de escuelas oficiales y 8 de escuelas particulares. Respecto al sexo, 42 eran niños y 18 eran niñas. Referente al nivel socioeconómico, 37 eran de bajos recursos, 22 de recursos medios y 1 de recursos altos. En relación con el lugar que ocupan entre los hermanos, 8 eran hijos únicos, 1 era gemelo, 33 eran los primeros, 8 eran intermedios y 10 eran los menores. Dentro de las conductas más sobresalientes identificadas como problemas se mencionan: en las mañanas no querían levantarse, asearse, ni vestirse para ir a la escuela. En la escuela eran muy inquietos, no realizaban

adecuadamente sus actividades escolares, eran agresivos, no copiaban las tareas frecuentemente, se salían del salón, tenían bajo rendimiento académico. En casa peleaban con sus hermanos y no querían hacer sus tareas, ni actividades de apoyo en casa.

ESCENARIO

El trabajo se llevó a cabo en las instalaciones del Centro de Salud Urbano de Salina Cruz Oax. Se realizó el trabajo en un consultorio, cuyas dimensiones eran: tres metros y 50 cm. de largo y dos metros y 80 cm. de ancho. El mobiliario consistía de una mesa, un escritorio, cuatro sillas y un archivero.

MATERIALES

Se utilizó un Formato de Entrevista Semi-estructurado, que contemplaba de manera principal los siguientes aspectos (ver apéndice 1):

Datos generales del niño y de sus padres.

Descripción del problema conductual y otras conductas de importancia en el niño, tanto en casa como en la escuela.

Inicio del problema.

Antecedentes del desarrollo del niño

Dinámica familiar general

PROCESO DE INTERVENCIÓN

La intervención fue la orientación a padres en donde se les sensibilizó, se les dieron sugerencias y retroalimentación verbal acerca de las acciones a emplear con sus hijos.

A continuación se presenta la secuencia del proceso de atención

- a) SOLICITUD DEL SERVICIO
- b) EVALUACIÓN INICIAL
- c) ORIENTACIÓN
- d) EVALUACIÓN FINAL
- e) SEGUIMIENTO.

Las sesiones que se tenían con los padres fueron de 1 vez por semana durante 1 hora aproximadamente, en forma individual o de pareja. A continuación se detallan cada una de las fases de la secuencia.

SOLICITUD DEL SERVICIO.- Los padres solicitaron la atención, y se les daba su cita.

EVALUACIÓN INICIAL

La evaluación de la problemática se hizo principalmente a través de la entrevista a padres, se intentaba registrar lo más significativo de la misma, pidiéndoles el reporte verbal en cada uno de los aspectos contemplados en el formato. Se puso mucho énfasis en la dinámica familiar, principalmente en la forma de interacción que los padres habían establecido con su hijo. También se tomaba en cuenta la interacción significativa que el niño tenía con los demás integrantes de la familia desde que el nació, hasta la actualidad. Se les preguntó la secuencia en la interacción establecida en un día común y en los fines de semana. Conforme a esto, se les preguntaba las acciones que realizaban para despertar al niño para ir a la escuela y cual era la reacción del pequeño ante esta situación, lo que hacían los padres dependiendo de la reacción del niño, y así sucesivamente hasta terminar ese momento.

Asimismo se continuaba con el momento de bañarse, vestirse, desayunarse, e irse a la escuela. Se prosiguió con la descripción de la secuencia cuando iban por él a la escuela y cuando llegaba a casa; también se les preguntaba que hacía el niño con sus útiles escolares, con su ropa, a la hora de comer, al hacer tareas, al ver televisión, al querer ir a jugar, tiempo que le dedicaba al juego, cuales eran las acciones del niño después de jugar, a la hora de cenar y antes de dormir.

Dentro de toda esta secuencia se les pedía que mencionaran todas aquellas acciones (verbales o conductuales) de sus hijos, que consideraban como problemáticas tanto en casa como en la escuela y lo relacionado a las mismas. Se anotaba el reporte de los padres en relación con lo que pasaba o hacían antes y/o después de las conductas negativas del niño,

Se tenía también cuidado de observar la forma en que los padres reaccionaban a las conductas negativas y/o positivas de sus hijos. Para recabar todos estos datos se podrían utilizar una o mas sesiones.

Si se consideraba necesario, se intentaba hacer la entrevista al niño y/o aplicación de tests con el propósito de tener más información al respecto ya sea en el aspecto intelectual y/o emocional. Esto se hacia a través de actividades que al niño le agradaban (dibujo libre, juegos de mesa, etc.).

ORIENTACIÓN

Durante la entrevista, además de analizar el problema conductual del niño, se permitía a los padres hablar de problemas

relacionados con su vida familiar (problemas emocionales o de carácter propio, problemas conyugales, problemas con los demás hijos, problemas económicos, problemas relacionados con la familia de origen de ambos padres, etc.). Si se observaban problemas al respecto, se intentaban abordarlos si los padres lo permitían. El tiempo dedicado al abordaje de estos problemas así como su posible manejo o solución dependía del interés de los padres. Cuando se observaba que los padres ya estaban dispuestos a abordar el problema de sus hijos, se propiciaba una reflexión sobre la posible implicación de los factores de tipo personal y/o familiar tenían en la conducta negativa de sus hijos.

Con el propósito de sensibilizarlos se exploraba y si se consideraba necesario se daba la información sobre las posibles consecuencias negativas a corto, mediano y a largo plazo, tanto en lo escolar, familiar y/o social que el problema conductual conllevaría. Asimismo se les informaba que los niños difícilmente tomarían la iniciativa de cambiar por sí mismos y que algunos no estaban conscientes de que se estaban portando mal. Por tal motivo recaería en ellos la responsabilidad de propiciar cambios en la conducta de sus hijos.

También se les comunicaba a los padres que al inicio probablemente le sería un poco difícil de llevar a cabo las sugerencias en forma adecuada, debido a que tanto ellos como sus hijos estaban muy acostumbrados a actuar de la misma forma en que hasta ahora lo habían hecho en relación con sus hijos. Se les comunicaba que para iniciar el cambio de conducta negativa del niño tendrían ellos que hacer un esfuerzo por adquirir y modificar algunas

conductas propias, así como la forma de relación que hasta el momento tenían con sus hijos. Cuando se detectaba que los padres estaban preparados para recibir la orientación se procedía a dar las sugerencias así como la argumentación de las mismas.

SUGERENCIAS

La primera sugerencia con que se les brindaba a los padres era que dejaran de realizar o disminuir en la medida de lo posible, aquellas acciones propias que provocaban discusiones entre ellos y sus hijos (llamarles la atención, regañar, mandar, etc.) debidos a la presencia de un mal o ausencia de un buen comportamiento del mismo.

Otra de las sugerencias que se les indicaba, era la de intentar relacionar o comunicarse mejor con su hijo cuando tanto ellos como sus hijos estuvieran tranquilos (jugar con ellos, escucharlos con mayor atención sobre temas o hechos que le interesaran).

Otra sugerencia que se les indicaba era que cuando observaran que el niño realizaba alguna acción positiva le brindarían un reconocimiento de tipo social, afectivo (felicitándolo, alabándolo, dándole una palmada etc.).

Cuando le solicitaban al niño que hiciera alguna actividad propia de él o en relación con ellos o de la casa se les sugería que se lo pidieran con respeto y que no insistieran autoritariamente si en ese momento no accedían a la petición. Otra petición a los padres era de iniciar o incrementar el acercamiento y contacto físico con el niño.

Todas estas sugerencias no se daban en una sesión, sino que se iban dando en las sesiones conforme el padre iba avanzando en la aplicación de las sugerencias aquí presentadas. El tiempo invertido en ello, dependía de las características de los padres y de la familia.

Si en las sesiones posteriores los padres reportaban cambios positivos debido a las estrategias brindadas, se les alentaba para continuar aplicando las mismas estrategias buscando una mejor estabilidad y constancia en la misma en otros momentos y/o aspectos que ellos consideraban importantes en el niño.

Si no se observaban cambios positivos o si las conductas negativas habían aumentado en cantidad y/o en frecuencia, se trataba de analizar y explicar las posibles razones para tales resultados y se continuaba con las estrategias.

Cuando se consideraba necesario y sí se observaba que el maestro del niño tenía disposición, se les brindaban sugerencias por escrito a través de los padres.

Asimismo en algunos casos, si se consideraba necesario se intentaba darle terapia individual al niño, mediante actividades de juego.

EVALUACIÓN FINAL

En las sesiones posteriores a las sugerencias, se exploraba y se intentaba registrar los datos más significativos en cada sesión. Se indagaba si los padres habían podido implementar las sugerencias brindadas y los cambios obtenidos al respecto. Si no habían podido llevar a acabo las sugerencias o tenían dificultad para implementarlas se indagaban las razones. Se registraban los

cambios conductuales que en forma general los padres habían observado tanto en ellos mismos como en sus hijos. Se trataba de tener el cuidado de analizar sí estos cambios se debían principalmente a la aplicación de las estrategias y/o otros factores no contemplados en la intervención.

SEGUIMIENTO

Cuando en las siguientes sesiones los padres reportaban una disminución significativa de las conductas negativas y la instauración y/o aumento de conductas positivas en los niños, tanto en casa como en la escuela, se realizaban tres o cuatro sesiones de seguimiento, el cual consistía en citar a los padres cada 15 días y preguntarles sobre la estabilidad de la conducta de su hijo como la de ellos. Si el cambio se mantenía estable se les daba de alta en el servicio. En algunos casos los padres dejaban de asistir por sí mismos antes de que se les diera de alta. El número de sesiones fue variable, ya que dependía de los resultados que los padres iban obteniendo.

No se pudo hacer un seguimiento mayor en los casos para conocer el efecto de la intervención a mediano y/o a largo plazo.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

Los datos que aquí se presentan tienen que ver en forma general con la importancia del servicio que se presta a la comunidad. Los resultados previos a la intervención se presentan en forma cuantitativa. Para presentar estos resultados cuantitativos en tablas, se recurrió a lo que se alcanzó a registrar en los formatos de entrevista. Dentro de estos resultados se mencionan y se presentan en tablas los siguientes: la razón por la cual los padres llegan al servicio (tabla 1), el inicio del problema conductual del niño (tabla 2), la frecuencia de la asistencia a las sesiones por los padres (tabla 3) y el escenario en donde se presenta el problema (tabla 4). Se continúa con los resultados de la evaluación inicial en donde se presentan: las tablas de frecuencia de algunas conductas que los padres reportaban como problema importante en sus hijos tanto en casa (tabla 5), como en la escuela (tabla 6). La tabla de frecuencia de algunos problemas familiares (tabla 7) y la tabla de conductas comunes de los padres en relación con sus hijos (tabla 8). En forma cualitativa y general se explican los patrones conductuales más frecuentes que los padres e hijos mostraban en el momento de interactuar, previos a la intervención.

Dentro de los resultados posteriores a la intervención se presentan algunos resultados en forma cuantitativa y otros en forma cualitativa. Dentro de los resultados en forma cuantitativa se presentan: la tabla de frecuencia de los casos en donde se alcanzó y no se alcanzó a registrar resultados de la intervención (tabla 9). En

los casos en que se alcanzó a registrar resultados se presentan las tablas de frecuencia en donde se obtuvieron o no resultados positivos (tabla 10). Finalmente se presenta la tabla de frecuencia de los que obtuvieron resultados positivos y los que volvieron a recaer (tabla 11). En forma cualitativa se presentan los cambios positivos obtenidos por la intervención. Se presenta un análisis general de algunas incidencias importantes observadas en el inicio y durante la intervención.

ASISTENCIA AL SERVICIO

La forma en que los padres llegaron al servicio fue de la siguiente manera: El 55% de los casos fue referido por los maestros de la escuela. El 23% de los mismos acudió por iniciativa propia de los padres y el 22% de los casos asistió por interés de otras fuentes (sugerencias de tíos, vecinos, etc.). Ver tabla 1.

Tabla 1. Porcentaje de casos por búsqueda de atención

REFERENCIA	No.	%
ESCUELA	33	55
INICIATIVA PROPIA	14	23
OTROS	13	22
TOTAL.	60	100

INICIO DEL PROBLEMA

La percepción que los padres tienen del periodo o momento en que su hijo inició con la conducta o conductas que caracterizan el problema actual, se presentan los siguientes porcentajes: El 62% menciona que sus niños eran difíciles de educar desde antes de ingresar al jardín de niños, ya sea por observación propia o por comentarios de las personas cercanas a ellos (familiares, o vecinos). El 7% se percató de las conductas al inicio o durante el Jardín de niños, ya fuera por observación propia, por referencia de la educadora, por familiares o vecinos. El 31 % al ingresar o durante la primaria y principalmente por referencia de la maestra. Ver tabla 2.

Tabla 2. Frecuencia de casos por el momento de inicio del problema

INICIO DEL PROBLEMA	No.	%
SIEMPRE HA SIDO ASÍ DESDE PEQUEÑO	37	62
AL INGRESAR O DURANTE EL JARDÍN DE NIÑOS	4	7
AL INGRESAR O DURANTE LA PRIMARIA	19	31
TOTAL	60	100

ASISTENCIA DE LOS PADRES Y MADRES

En la asistencia a las sesiones por parte de los padres, se presentan los siguientes porcentajes: El 51% asistió únicamente la mamá. El 42% asistieron ambos padres, como mínimo a una sesión. El 7% asistió en compañía de otros familiares o vecinos, ya sea por no contar con ellos o porque no deseaban o no podían asistir. En ninguna ocasión asistió el padre solo con su hijo. Ver tabla 3.

Tabla 3. Porcentaje de casos por el familiar

Que asiste a las sesiones

ASISTENCIA A LAS SESIONES	No.	%
MADRES	31	51
AMBOS	25	42
PADRES	0	0
OTROS	4	7
TOTAL	60	100

LUGAR EN DONDE PRESENTA LA CONDUCTA

En relación con los escenarios principales en donde el niño muestra la conducta, se presentan los porcentajes siguientes: El 6.5 % se comporta mal únicamente en casa y en la escuela no se ve el problema. El 8.5 % se comporta mal en la escuela pero no se ven los problemas en casa o los padres no lo consideran así. El 85 % se comporta mal tanto en la escuela como en casa. Ver tabla 4.

Tabla 4. Frecuencia por el escenario donde se presenta el problema.

LUGAR DONDE SE PRESENTA EL PROBLEMA	No.	%
EN CASA ÚNICAMENTE	4	6.5
EN LA ESCUELA ÚNICAMENTE	5	8.5
EN AMBOS LUGARES	51	85
TOTAL	60	100

EVALUACIÓN INICIAL.

CONDUCTAS NEGATIVAS DE LOS NIÑOS EN EL HOGAR

En relación con la frecuencia de las conductas que los padres consideraban negativas de los niños en casa, se observaron los siguientes porcentajes (Ver tabla 5):

Tabla 5. Frecuencia de conductas negativas de los niños en casa.

CONDUCTAS NEGATIVAS EN CASA	No. DE CASOS	%
No obedece consecuentemente las peticiones de los padres	60	100
Grita a los padres	17	28
Pelea con los hermanos	13	21
Enuresis	10	16
Dice mentiras constantemente	7	11
Llora para que le cumplan los deseos	7	11
Irritabilidad constante	7	11
Celos a los hermanos	6	10
Se tira al piso para llorar (berrinches)	6	10
Dice palabras obscenas	5	8
Golpea a los padres	5	8
No contesta cuando lo cuestionan sobre su conducta	4	6
Se sale de casa sin pedir permiso	4	6
Desesperado	4	6
No quiere comer a sus horas	4	6
Reclama a su mamá la actitud hacia él	3	5
Desarreglo personal	3	5
Malestares estomacales para no ir a la escuela	3	5
No juega con sus hermanos	2	3
Rechaza ayuda de sus padres ante sus tareas	2	3
Auto- agresión	2	3
Se expresa como un niño de menor edad	1	1.6
Se junta con niños problemáticos	1	1.6
Tira las cosas en casa	1	1.6

Las frecuencias de las conductas negativas relacionadas con la escuela, se presentan en la tabla N° 6:

Tabla 6. Frecuencia de conductas negativas de los niños en la escuela.

CONDUCTAS NEGATIVAS EN LA ESCUELA	No. DE CASOS	%
Bajo rendimiento académico	29	48
No trabaja en clase	20	33
No cumple con tareas	19	31
Se levanta frecuentemente de su asiento	18	30
No pone atención a la clase	12	20
Golpea a sus compañeros	11	18
No quiere ir a la escuela	7	11
Toma dinero	5	8
No obedece a la maestra	4	6
Es aislado en la escuela	3	5
Tira los objetos en el salón	3	5
Temor a la maestra	2	3
Desordenado con sus útiles escolares	2	3
Toma objetos ajenos	2	3
Se sale del salón sin permiso	2	3
Grita al maestro	1	1.6

Algunos problemas que presentaban los padres se presentan en la tabla 7 (las definiciones de estas características están en el Apéndice 2):

Tabla 7. Problemas de los padres

PROBLEMAS DE LOS PADRES	No. Casos	%
Desintegración familiar	25	41
No hay comunicación con sus hijos	11	18
Alcoholismo	8	13
Contradicción de entre la autoridad entre los padres	7	11
Discusión de los padres delante de sus hijos	7	11
Negativa de asistir al servicio	5	8
No hay comunicación entre padres	3	5
Irritabilidad frecuente de los padres	3	5

Las formas de relacionarse de los padres con sus hijos, ocurrió de la siguiente manera (Ver tabla 8):

Tabla 8. Formas de relación de los padres con sus hijos.

FORMAS DE RELACIÓN DE LOS PADRES CON SUS HIJOS	No. DE CASOS	%
Regañan constantemente a sus hijos	26	43
Golpea a sus hijos	22	36
Sobreprotección hacia el niño	4	6
Insultar al niño	3	5
Amenazan al niño con pegarle	3	5
Gritos al niño	3	5
Rechazo afectivo corporal al niño	3	5

PATRONES CONDUCTUALES INICIALES

Al hacer un análisis de la forma de relación que los padres establecían con sus hijos antes de la orientación, se observó que frecuentemente los padres discutían mucho por la desobediencia del niño o constantemente lo regañaba, insultaba, en base a gritos por sus conductas negativas y tanto los padres como el niño se quedaban molestos por esta discusión. En ocasiones se veían impulsados a darle de golpes. El niño finalizaba obedeciendo de mala gana ya sea por amenazas o presión, o postergaba las peticiones de su madre a un tiempo posterior y no cuando ella se lo pedía. En otras ocasiones no obedecía en lo absoluto.

Los padres por lo regular no le ponían interés a las conductas positivas de los niños y no se preocupaban por establecer una mejor comunicación con ellos.

EVALUACIÓN FINAL

De los 60 casos que se tomaron como muestra, en un poco más de la mitad de ellos se alcanzó a registrar resultados de la orientación y en los demás no hubo oportunidad para registrarlos, debido a que dejaron de asistir durante la entrevista, al final de ella o después de haber dado las primeras sugerencias. Ver tabla N° 9.

Tabla 9. Frecuencia de casos en donde se registro o no resultados de la orientación.

CASOS PORCENTAJE

SE ALCANZO A REGISTRAR RESULTADOS DE LA ORIENTACIÓN	34	56.6%
NO SE ALCANZÓ A REGISTRAR RESULTADOS DE LA ORIENTACIÓN	26	43.4%
TOTAL	60	100%

De los 34 casos en que se alcanzó a brindar las sugerencias, la mayoría de ellos reportaron cambios positivos por influencia de las estrategias aplicadas y pocos de ellos no reportaron cambios positivos. Ver tabla 10.

Tabla 10. Frecuencia de casos con cambios positivos o no.

	CASOS	PORCENTAJE
CAMBIOS POSITIVOS	28	82.3 %
NO HUBO CAMBIOS	6	17.7 %
TOTAL	34	100%

De los casos en donde se obtuvieron cambios positivos, en la mayoría de de ellos los cambios se mantuvieron en las sesiones subsecuentes y en una muy menor proporción de los mismos se registró que el problema volvió a su situación inicial. Ver tabla 11.

Tabla 11. Frecuencia de casos que mantuvieron o no los cambios.

	CASOS	PORCENTAJE
SE MANTUVIERON LOS CAMBIOS	26	92.8%
NO SE MANTUVIERON LOS CAMBIOS	2	7.2 %
TOTAL	28	100 %

En términos generales, los cambios que reportaron los padres tanto en ellos como en sus hijos fueron los siguientes: disminuyeron sus gritos, amenazas, golpes; comentaban que se sentían más tranquilos, disminuyeron las discusiones entre los padres por el problema conductual del niño y se comunicaban más con ellos. En los niños observaban que disminuyeron sus problemas para levantarse e ir a la escuela, en el salón de clase mejoraron en el cumplimiento con sus actividades escolares y tareas, disminuía su inquietud y agresividad, se llevaban mejor con sus compañeros y maestro. Tenían más disposición a cumplir con las peticiones de sus padres en el hogar, se mostraban más cariñosos y comunicativos.

DISCUSIÓN

Tanto al inicio como durante el proceso de intervención, en los casos se presentaron incidencias tanto negativas como positivas que de una u otra manera dificultaban o facilitaban la adquisición e implementación de las sugerencias brindadas y como consecuencia dificultaban o favorecían el cambio en el niño.

Dentro de las incidencias negativas se mencionan:

LA RAZÓN POR LA CUAL LOS PADRES LLEGAN AL SERVICIO.

En los casos en que asistían principalmente por referencia de los maestros o algunas personas externas a la familia, en algunos se observaba que los padres mostraban cierta resistencia a la aceptación del problema del niño, ya que aunque expresaban tener dificultades con sus hijos por su comportamiento en casa, no lo consideraban un problema grave y como consecuencia no buscaban atención hasta que los maestros los canalizaban. Esta resistencia de aceptación parecía influir en los padres para no hacer esfuerzos en solucionar o manejar el problema del niño. Esta circunstancia parecía determinar su futura asistencia en las sesiones posteriores así como posiblemente en los resultados nulos.

BAJOS RECURSOS ECONÓMICOS.

En algunos casos los bajos recursos económicos de los padres influía en la asistencia al servicio, ya que el padre veía en la asistencia un gasto mayor, del cual no tenían capacidad para cubrir en las sesiones subsecuentes.

FALLAS EN LA COOPERACIÓN DE LA FAMILIA EN LA ASISTENCIA.

En algunos casos se observaba la poca cooperación del padre y/o de algunos integrantes de la familia en el problema, ya que principalmente la que llegaba más frecuentemente a las sesiones era la madre. Esta situación parecía influir para que los demás integrantes obstaculizaran o no cooperaran en el manejo del problema con el niño. Este factor también parecía influir en el ánimo de la madre y así determinar la futura inasistencia a las sesiones subsecuentes, así como posiblemente en los resultados negativos.

LA DIFICULTAD PARA ENTENDER LAS SUGERENCIAS.

Aun cuando algunos padres llegaban al servicio y presentaban interés por el problema de sus hijos se observaba cierta dificultad para entender las sugerencias brindadas. En estos padres se detectaba una baja escolaridad. Esta característica parecía influir en su dificultad.

LA DIFICULTAD AL CAMBIO POR PARTE DE LOS PADRES.

En algunos casos aunque los padres y/o algunos familiares aceptaban el problema y asistían al servicio, se observaba cierta dificultad para modificar la relación con su hijo. Debido a que la madre era la que principalmente acudía, se notaba también en ella esa dificultad, la cual en ocasiones se caracterizaba por irritabilidad,

frustración, desesperación, poca tolerancia, etc. Situación que en ocasiones era difícil de modificar en pocas sesiones.

DIFICULTAD FAMILIAR PARA IMPLEMENTAR LAS SUGERENCIAS.

En otros casos la madre ponía el interés y esfuerzo para modificar la relación que establecía con el niño, pero en ocasiones estos cambios sufrían un estancamiento o retroceso debido a que los demás integrantes de la familia no cooperaban, o inconscientemente forzaban a que la madre se comportara igual con su hijo.

INFLUENCIA DE LOS HERMANOS.

En algunos casos se observaba que algunos hermanos ya sea mayores o menores tenían influencia en el problema conductual del niño se mantuviera. Estos hermanos llamaban la atención de los padres dificultando la aplicación de las estrategias o teniendo una relación conflictiva con el hermano.

FALTA DE TIEMPO EFECTIVO PARA INTERACTUAR CON EL NIÑO.

En otras ocasiones las ocupaciones laborales de los padres no les permitían estar más tiempo con sus hijos, ser constantes en sus cambios con el niño, esto propiciaba que el niño se quedara en ocasiones con otras personas o a veces solo y como consecuencia el cambio no se daba.

CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO.

En algunos casos se observaba que había un poco de resistencia para que el niño cambiara en forma significativa a pesar de que los padres implementaban las sugerencias. Esto se observaba más en algunos niños mayores, niños que prestaban problemas de aprendizaje y/o aquellos que posiblemente presentaban trastornos de déficit de atención con o sin hiperactividad.

Por otro lado, dentro de las incidencias positivas -que los padres mostraban al inicio o que adquirían durante el proceso de atención- que parecían favorecer que las sugerencias brindadas se aprovecharan y como consecuencia se produjeran cambios tanto en los padres como en los niños, podemos mencionar los siguientes: Los padres mostraban una aceptación y disponibilidad en el problema de sus hijos. No se evidenciaban problemas conyugales mayores. Se observaba la capacidad para entender las sugerencias brindadas. Mostraban cooperación familiar o al menos los familiares que no podían asistir no ponían obstáculos en la solución del problema. Se observaba que se podían organizar para dedicarle un tiempo de calidad a su niño. No se observaba en los niños otros trastornos mas graves. En ocasiones el que no hubiera o fueran pocos los hermanos en casa facilitaba la aplicación de las sugerencias.

CAPITULO 5

CONCLUSIONES

Se puede decir la orientación familiar brindada para promover una mejor relación entre los padres e hijos, produjo resultados positivos tanto en los padres como en los niños en los casos en que habían o se pudo propiciar aspectos positivos como los siguientes: Aceptación y disponibilidad en el problema de sus hijos. Capacidad para entender las sugerencias brindadas. Cooperación familiar o al menos no ponían obstáculos en la solución del problema. Había tiempo para dedicarle al niño. Los niños no presentaban otros trastornos mas graves. El niño estaba solo en la familia o los hermanos tenían poca influencia en el problema del niño.

Los resultados de este trabajo nos permiten darnos cuenta entre otras cosas que existe en las familias algunas situaciones que de una u otra manera favorecen o dificultan la orientación familiar y como consecuencia el cambio conductual del niño. Dentro de los aspectos negativos que se presentan y que es necesario subsanar en la medida de lo posible se mencionan:

a) poco interés o reconocimiento del problema así como las consecuencias.

Existe en la comunidad en general un desconocimiento sobre el trastorno conductual de sus hijos, así como las consecuencias del mismo. Aun también la costumbre de actuar conforme a la creencia de que la educación de los hijos es únicamente responsabilidad de las madres. Se observa un desconocimiento notable sobre la labor del psicólogo en la comunidad, ya que se tienen concepciones

erróneas sobre el servicio que pueda brindar, lo que provoca resistencia a acudir a él. Por lo tanto es necesario brindar una mayor difusión y sensibilización del problema así como trabajar también en estrecha comunicación con los maestros de los mismos y promover la colaboración entre padres, maestros y psicólogo.

b) De la discontinuidad en la asistencia.

Podemos decir que los resultados positivos se observaron principalmente en los padres que de una u otra manera tenían o se logro tuvieron una motivación e interés por el problema, que les permitió tener continuidad en su asistencia, así como capacidad para actuar en el problema. Esta situación fue difícil subsanarla, debido a que las funciones del psicólogo clínico en la institución no le permiten realizar un trabajo externo, ya que se descuidaría la atención de aquellos que asisten al servicio. Seria recomendable contar con el personal adecuado para realizar un seguimiento de estos casos, con el objetivo de clarificar aun más los factores que intervinieron en su inasistencia y por consecuencia implementar las estrategias de solución al respecto.

Por otro lado es arriesgado asegurar que los cambios obtenidos se hayan mantenido, ya que no hubo un seguimiento a mediano y a largo plazo que nos permitiera afirmarlo. Por lo tanto se sugiere que cuando los casos ya hayan dejado de asistir ya sea por cuanta propia de los padres o por dársele de alta en el servicio, se realice un seguimiento de los mismos ya sea a los 3 y a los 6 meses. Esto permitirá cuando menos conocer los siguientes aspectos: a) Sí se mantuvo el cambio conductual positivo en los

niños, b) sí el cambio conductual no se mantuvo, indagar las razones posibles y c) sí el cambio conductual se mantuvo, indagar si fue producto de la intervención únicamente o si hubieron otros factores que intervinieron para que así fuera.

c) De la obtención de los datos.

El instrumento que se utilizó para la recolección de datos previos y durante la intervención, fue la entrevista en forma individual y/o de pareja. En algunas ocasiones se entrevistaba también al niño. Aquí se pudieron vislumbrar diversos factores que estaban influyendo en el problema, ya sea directa o indirectamente. La entrevista permite tener un mayor y mejor conocimiento del problema, ya que los padres se sienten en confianza. Hay una mejor comunicación entre el profesional y las personas. La privacidad de la entrevista permitió profundizar por ambas partes en el problema y problemas que le eran de interés para los padres. Por otro lado debido a que en el formato no se contemplaban todos los aspectos importantes de una forma exhaustiva y específica y como también se dificultó el registro exhaustivo de datos en las sesiones, debido al temor de perder la espontaneidad de la atención, hubo dificultad para el registro mas completo de los mismos. Por lo tanto se sugiere que se elabore un formato de entrevista que contemple la recopilación de la mayor cantidad de factores que posiblemente influyan en el problema. Así mismo se sugiere que al inicio de la entrevista se realicen formalmente la solicitud de los datos básicos y

sí es posible se registren datos en el transcurso de ella, sin perder la espontaneidad de expresión de los padres en ese momento. En las sesiones siguientes es probable que los padres ya no tengan tanta ansiedad al hablar del problema o de sus problemas y sea el momento para realizar las preguntas específicas haciendo el registro respectivo mas completo. De esta forma se obtendría la mayor cantidad de datos importantes sobre el problema. Es importante registrar en el formato tanto la situación previa a la intervención, como los cambios que se van dando en el proceso y al final de la intervención.

d) De la intervención.

La orientación en forma individual, de pareja y en algunos casos con otros integrantes de la familia (abuelos, tíos), permite que haya una retroalimentación en forma directa y más profunda sobre el problema. También se pudo apreciar que la forma verbal de presentar el problema, la explicación del mismo, así como las técnicas sugeridas y los posibles resultados al aplicarlas, no era suficiente para que todos los padres la entendieran fácilmente y la llevaran a cabo. Por lo tanto, era necesario repetir y retroalimentar las sugerencias brindadas de las sesiones anteriores para una mejor comprensión de las mismas. Por otra parte hubo casos en que se observaba en los padres la necesidad de proporcionarles psicoterapia a ellos por más tiempo debido a sus problemas conyugales y emocionales. Estos problemas no les permitían atender adecuadamente el problema conductual de su hijo.

A pesar de que el trabajo en forma individual y/o de pareja con los padres permite una adecuada retroalimentación, sería enriquecedor además realizar la presentación a través de escritos, videos, etc., así como combinar esta forma de trabajar, con la forma grupal, ya que la presencia de otros padres puede redundar en un beneficio mayor; los padres se sienten mejor al observar que no son los únicos con el problema y esto permite una mejor retroalimentación entre ellos. Para lograr esto, sería recomendable implementar dinámicas vivenciales entre ellos, que contengan tanto la presentación del problema, como la aplicación de las técnicas y resultados. También es necesario incluir el trabajo paralelo con el niño en forma individual o grupal. Con el propósito de realizar un trabajo más completo y efectivo es indispensable trabajar en la vinculación escuela-hogar.

REFERENCIAS

- Abidin, R. R. (1980). *Parent rainer kills. Trainer's Manual*. New York: Human Sciences.
- Abidin, R. R. y Carter, B. D. (1980) *Workshops and Parent Groups*. *En R. R. Abidin (Ed) Parent Education and Intervention* . 107-129. Springfield Ill. Charles C. Tomas Pub.
- Amador, A. y Pérez B. (1993). Programa de entrenamiento a padres para el manejo de problemas conductuales de sus hijos desde la perspectiva de interacción social. *Tesis de Licenciatura*. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Barreto, E. Romero M. C. (1995). La capacitación a padres de niños con problemas de conducta basada en la modificación de estilos de interacción. *Tesis de Licenciatura*. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Blackam, G. J. y Silverman, A. (1973). *Como modificar la conducta infantil*. Buenos Aires; Kapeluz.

Blechman E.A. (1981) Toward Comprehensive Behavioral Family Intervention. *Behavior Modification* 5(2). 221-236

Boyd, R.D., Stauber, K, y Bluma, S. M. (1977). *Portage Parent Program. Instructor Manual. The Portage Project* pp. 9-12. Wisconsin: Cooperative Education Service Agency.

Bratton, S. y Landreth, G. (1995). Filial Therapy with Single Parents: Effects on Parental Acceptance, Empathy, and Stress. *International Journal of Play Therapy*. 4 (1) 61- 80.

Budd, K. y Fabry P. (1984) Behavioural Assessment in Applied Parent Training. En R. Dangel y R. Polster. (Eds). *Parent Training*. New Guilford Press.

Caballo, V. E. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo XXI.

Calderón, N. G. (1992). *Salud Mental Comunitaria: un nuevo enfoque de la psiquiatría*. México. Trillas.

Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. (1995). Décima revisión. Vol. 3.

Danforth, J. S. (1998). The Outcome of Parent Training Using the Behavior Management Flow chart with others and their ... *Behavior Modification*. 22 (4) , 443-474.

Eljure, C. (1985). Algunos aspectos socioculturales y clínicos que caracterizan a los pacientes del bloque vespertino de la UTNA, en el hospital infantil "Dr. Juan M. Navarro". *Salud mental*, 8 (1), 23-28.

Embry, L. H. (1984). What to do? En R. Dangel y R. Polster. (Eds). *Parent Training*. New York: The Guilford Press.

Gearheart, B., Mullen, R. y Gearheart, C. (1993). *Exceptional Individuals an Introduction*. United States of America: Brooks/Cole.

Golfried, M. R. (1995). *De la terapia cognitivo-conductual a la psicoterapia de integración*. España. Ed. Desclée de Brouwer, S. A.

Gómez, F. M. (1996). La atención psicológica a los problemas de conducta de escolares del INSaMe-DIF a través de terapia de grupo. Reporte Laboral. Facultad de psicología. UNAM. Mexico

Gordon, T. (1977). Parent Effectiveness Training: A Preventive Program and its Effects on Families. *En M. J. Fine (Ed) Handbook and Parent Education*, New York Academic.

Graziano, A.M y Diament, D.M. (1992). Parent Behavioral Training: An Examination of the Paradigm. *Behavior Modification*, 16 (1), 3-38

Haim Guinott (1969). Guinott, Haim G., *Between Parent and Teenager*, Nueva York, Macmilan Co..

Harris, Z. L y Landreth, G. L. (1997). Filial Therapy with Incarcerated Mothers: A Five Week Model. *International Journal of Play Therapy*. 6 (2) 53-73.

Hart, L.C. y Morgan, O. N. (1993). Some Factors that Impede or Enhance Performance in Mathematical Problem Solving. *Journal for Research in Mathematical Education*, 24, 167-171.

Hills, M., y Knowles, D. (1987). Providing for Personal Meaning in Parental Education Programs,. *Family Relations*, 36, 158-162.

Johnson, B. D., Franklin, L. C., Hall, K. P. y Loreto, R. (2000). *Parent Training Through Play: Parent-Child Interaction Therapy With a Hyperactive Child. Family Journal 8 (2) 180-186.*

Kaplan, J. S., y Drainville, B. (1991). *Beyond Behavior Modification.* Austin:

PRO-ED

Kazdin, A. E. (1988). *Tratamiento de conducta antisocial en niños y adolescentes.* Barcelona. Martinez Roca.

Kendall, P. C. y Braswell, L. (1993). *Cognitive Behavioral Therapy for Impulsive Children.* New York: Guilford.

Landreth, G. L. y Lobaugh, A. F. (1998). *Therapy with Incarcerated Pathers: Effects on Parental Acceptance of Child, Parental. Journal of Counseling & Development 76 (2) 157-165*

Manning, H. B. (1988). *Application of Cognitive Behavior Modification: First and Third Grader's self-Management of Classroom Behaviors.* *American Educational Research Journal, 25, 193-212.*

Matrajt, M. (1992). *La Salud Mental*. México: Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

Mc Whirter J.J. (1980) Working with Parents of Learning Disabled Children. *En R.R. Abidi(Ed) Parent Education and Handbook* Springfield III. CharlesTomas Pub.

Manual de organización del centro de salud urbano (1993). México: Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV(1995) Barcelona, Masson. 4ª Edición

Meichenbaum, D. H, y Goodman, J. (1971). Training Impulsive Children to Talk to Themselves: A Means of Developing Self-control. *Journal of Abnormal Psychology*. 77, 115-126.

Meyers, S. W., Cohen, R. y Scheleser, R. (1989). A Cognitive Behavioral Approach to Education: Adopting a Broad Based Perspective. *En J. N. Hughes y R.J. Hall (Eds.), Cognitive Behavioral Psychology in the Schools: A Comprehensive Handbook* . New York: The Guilford Press.

Mitchell, J. y Mc Manis, A. (1977). Parent Effectiveness Training: A Review.

Psychological Reports, 41, 215-218.

Nay, W.R. (1981). Los padres reforzadores en la vida real: El aumento de los efectos del entrenamiento a los padres en situaciones distintas al propio entrenamiento. En A. P. Goldstein y F.H Kanfer (Eds). *Generalización y Transferencia en Psicoterapia*, Bilbao Ed. Biblioteca de Psicología. Desclée de Brouwer.

Nelson, R. D., y Hayes, S.C. (Eds) (1986). *Conceptual Foundations of Behavioral Assessment*, New York. Guilford.

Pinsker, R., & Geoffray, k. (1981). A Comparison of Parent Effectiveness Training and Behavioral Modification Parent Training. *Family Relations*,30, 61-68.

Reid, J. B. y Patterson, G.R. (1991). Early Prevention and Intervention whit Behavior Problems: A Social Interactional Model for the Integration

of Research and Practice. En G. Stoner, M. Shinn y D. Walker.
Interventions for Achivement and Behavior Problems. U.S.A.
National Association of School Psychologist.

Reynolds, G. S. (1973). *Compendio de Condicionamiento Operante*.
México: Ciencia de la Conducta.

Roberts, T. W. (1994). "A Systems Perspective of Parenting. The
Individual, the Family, And the Social Network, Brooks/cole
publishing Company. Paeifre Grove, California.

Rogers, C. (1966) *Psicoterapia entrada en el cliente: practica,*
implicaciones y teoría, Buenos Aires. Paidos.

Sanders, M. y Dadds, M. (1982). The Effects of Planned Activities and
Child Management Procedures in Parent Training. *Behavior*
Therapy. 452-461.

Sattler, J. (2002) *Evaluacion infantil. Aplicaciones conductuales y clinicas* .
Volumen II. Cuarta edicion. Ed. Modemo.

Shea, T. M. (1993). *La enseñanza en niños y adolescentes con problemas de conducta*. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.

Simpson R.L (1980). Behavior Modification and Child Management. En M.J Fine (Ed.) *Educational Psychology*. New York. Academic Press.

Skinner, B.F. (1938). *The Behavior of Organisms: An Experimental Analysis*. New York: Appleton - Century

Spivack, G., y Shure, M. B. (1982). The Cognition of Social Adjustment: Interpersonal Cognitive Problem-solving Thinking. In B. B. Lahey y A.E. Kasdin (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology* (Vol. 5, pp 323-372). New York : plenum.

Tavormina, J. B. (1980). Evaluation and Comparative Estudios of Parent Education. En R. R. Abidin (Ed). *Parent Education and Intervention Handbook*. Springfield III . Charles C. Tomas Pub.

Vargas, E. E. (1996) Entrenamiento a padres en habilidades de interacción con sus hijos. *Tesis de Licenciatura*. Facultad de Psicología. México UNAM.

Walker, J. E. y Shea, T. M. (1987)- *Manejo conductual*. México: Manual Moderno. Cap. 9.

Webster-Stratton, C. y Herbert, M. (1993). "What Really Happens in Parent Training?". *Behavior Modification*. 17 (4), 407-456.

APÉNDICE 1

FORMATO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADO

Fecha: _____ psicólogo: _____

Nombre: _____ edad: _____ sexo: _____

Fecha de Nac. _____ Origen _____

Radica _____ Domicilio _____

Escolaridad _____ Escuela _____ Turno _____

Derechohabiente a un servicio medico _____

Historia previa de atención psicológica _____

Personas que asisten a la entrevista _____

Familia actual

Mama: _____ escolaridad: _____

Edad. _____ Ocupación: _____ horario: _____

Papa: _____ escolaridad: _____

Edad: _____ ocupación: _____ horario: _____

Hermanos, nombre, edad, escolaridad y ocupación:

Otros

familiares: _____

Motivo principal de consulta (Problema que presenta el niño tanto en casa como en la escuela) _____

Otros síntomas: _____

Inicio del problema: _____

Referido por: _____

ANTECEDENTES PRE, PERI y POSTNATALES

Edad de la madre en embarazo: _____ numero de embarazo: _____

Condiciones antes y durante el embarazo:

Condiciones del parto: _____

Observaciones de 0 a 1 año (alimentos, dormir, llanto, etc.) _____

Desarrollo psicomotor:

Sostuvo la cabeza: _____ gateo: _____ se paro: _____

_____ Camino: _____ dominancia: _____

Lenguaje:

Comprensión: _____

Expresión: _____

Dinámica familiar (Enfatizando en la relación que establece el niño con sus padres)

Antecedentes y desenvolvimiento escolar previo y actual:

Descripción de un día común

APÉNDICE 2

Desintegración familiar. Consiste en la ausencia de alguno de los padres, con mayor frecuencia del padre. En algunos casos vive con sus abuelos u otros familiares.

No hay adecuada comunicación con sus hijos. Los padres no tienen la costumbre de dialogar con sus hijos. El padre cuando tiene empleo, se dedica a él y por lo regular relega la educación de los hijos a la madre. La madre se ocupa de sus actividades de casa o de su empleo y no tiene tiempo o costumbre de dialogar con los hijos, solo lo hace para mandarlos a realizar actividades o gritarles cuando no obedecen.

No hay adecuada comunicación entre los padres. Los padres no tienen por costumbre dialogar sus problemas y buscar una solución, lo que hacen es quejarse, echándose la culpa uno al otro.

Irritabilidad frecuente de los padres. Los padres por lo regular expresan que no tienen humor para dialogar en la familia, siempre

están estresados por los problemas de diversa índole (económicos, personales, conyugales, etc.)

Alcoholismo. Es muy común que las madres se quejen del alcoholismo del padre, además de su irresponsabilidad de la educación con los hijos.

Contradicción de la autoridad entre los padres. Los padres tienen problemas para ponerse de acuerdo en la forma de educar a sus hijos. Cuando la madre realiza una petición al niño, el padre la contradice o viceversa.

Negativa de asistir al servicio. Cuando se solicita la asistencia de ambos padres a las sesiones, el padre por lo regular asiste una o pocas veces, ya que la mamá comenta que se niega asistir pretextando cualquier cosa. Además de no asistir, no coopera en el trabajo de la madre u obstruye el mismo.