

01921  
203



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

"LA PREVENCIÓN PRIMARIA DE CONDUCTAS DE  
RIESGO EN ADOLESCENTES"

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER DEL TÍTULO DE:  
**LICENCIADA EN PSICOLOGIA**  
P R E S E N T A N :  
**MERCEDES RIVERA DE LA ROSA**  
**NANCY CRUZ PEÑA**

**DIRECTOR DE TESIS: MTRO. FERNANDO P. VAZQUEZ PINEDA**  
**REVICORA: LIC. NOEMI BARRAGAN TORRES.**

**COMITE: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO**  
**LIC. ISAAC SELIGSON NISEMBAUM**  
**LIC. LETICIA ECHEVERRIA SAN VICENTE**



**FACULTAD  
DE PSICOLOGIA**

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

NOMBRE: Mercedes Rivera de la Rosa

MÉXICO

FECHA: 18 de Junio de 2003.

2003

**TESIS CON  
FALTA DE ORIGEN**

A



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

---

Agradecemos:

A nuestros maestros y en especial a aquellos que apoyaron el Programa de Internado en Psicología General, porque con sus conocimientos, valores y propuestas innovadoras nos inculcaron la importancia de ejercer de forma responsable y ética esta bella profesión.

A nuestro director de tesis el Mtro. Fernando Vázquez Pineda por el apoyo personal y profesional que nos ofreció en todo momento.

A las personas de la comunidad el Rodeo de la Del. Iztacalco, que participaron en este proyecto por su constancia y motivación.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*Mercedes Rivera de la Rosa.  
Nancy Cruz Peña.*

---

---

Al término de esta etapa, quiero expresar un profundo agradecimiento a quienes con su ayuda, apoyo y comprensión, me alentaron en todo momento.

A ti papá, por ser mi principal sostén y apoyo, en todos los aspectos, porque sin tu comprensión y ejemplo de constancia no hubiera logrado llegar a esto que ahora es una realidad.

A Gaby, Ale, Alfredo, Julia y Abue, por haber estado cuando los necesitaba y lograr sobrellevar el vaivén de los momentos por los que atravesaba.

A Rubén y Yose, por brindarme sus sonrisas, su alegría.

Finalmente, a Fernando y Tere, por alentarme cuando creí que el final de este trayecto se alejaba cada vez más.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*Mercedes Rivera de la Rosa.*

---

---

Agradezco:

A Dios por iluminarme día a día en el camino de la vida y brindarme esta nueva oportunidad de contribuir a través la Psicología, al bienestar de los demás.

A mis padres que siempre me proporcionaron el amor, los recursos y el apoyo incondicional para que yo concluyera mis estudios profesionales. Gracias a ustedes, a su confianza en mí, hoy tengo la mejor herencia que pudiera recibir y por lo cual vivire eternamente agradecida

A mi hermano Francisco que siempre me ha alentado a luchar por ser mejor y lograr mi felicidad.

A mi hermano Nacho que ha sido un ejemplo de lucha, amor y motivación.

A mis sobrinos y sobrinas que son una fuente de alegría y amor.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

---

A Mercedes por su amistad, constancia, tolerancia y sabiduría. Porque a pesar de los contratiempos nunca dejaste de dar lo mejor de ti y tener un gran sentido del humor.

A mis grandes amigas y amigos que me motivaron y siempre estuvieron al pendiente de ver concluido este proyecto.

A todas aquellas personas que con su ejemplo y consejo constituyeron una guía y apoyo en este proceso.

*Nancy Cruz Peña.*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

---

---

**INDICE**

	<b>Pág.</b>
<b>RESUMEN</b> .....	5
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	6
 <b>CAPITULO I . PSICOLOGIA Y SALUD</b>	
1.1 Concepto de Salud ..	9
1.2 Comportamiento y Salud .....	11
1.3 Psicología de la Salud .....	12
1.4 Otras Disciplinas involucradas en el Estudio de la Salud y el Comportamiento .....	14
1.4.1 Análisis Funcional de la Conducta (AFC) .....	14
1.4.2 Medicina Conductual .....	16
 <b>CAPITULO II. LA ECOLOGÍA SOCIAL EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD</b>	
2.1 Ecología Social .....	18
2.2 Concepto de Estrés .....	20
2.2.1 Efectos del Estrés .....	22
2.3 Concepto de Afrontamiento .....	24
2.4 Factores de Riesgo y Protectores .....	27
 <b>CAPITULO III. LA ATENCIÓN A LA SALUD</b>	
3.1 El Modelo de Atención a la Salud en México .....	29
3.1.1 Críticas al Modelo de Atención a la Salud .....	31
3.2 El Programa Nacional de Salud 2001-2006 .....	32
3.3 Prevención .....	36
3.4 El Modelo Transteórico del Comportamiento en Salud .....	41
 <b>CAPITULO IV. PREVENCIÓN PRIMARIA A NIVEL COMUNITARIO</b>	
4.1 Prevención y Comunidad .....	44

---

4.2	Concepto de Comunidad .....	45
4.2.1	Participación Comunitaria .....	46
4.2.2	Organización Comunitaria .....	47
4.3	Psicología Comunitaria .....	48
4.4	Modelos de Intervención .....	49
4.4.1	Modelo de Competencia Social .....	50
4.4.2	Paquete de Herramientas Comunitarias .....	51

#### **CAPITULO V. LA ADOLESCENCIA**

5.1	Concepto .....	53
5.2	Características Generales .....	54
5.2.1	Desarrollo Físico y Fisiológico .....	54
5.2.2	Desarrollo Cognoscitivo .....	55
5.2.3	Desarrollo Moral .....	56
5.2.4	Formación de la Identidad .....	57
5.2.5	Grupos de Referencia .....	58

#### **CAPITULO VI. PROBLEMAS COMUNES DURANTE LA ADOLESCENCIA**

6.1	Salud en los Adolescentes .....	62
6.2	Embarazo durante la Adolescencia .....	65
6.2.1	Factores de Riesgo .....	65
6.2.2	Factores Protectores .....	69
6.2.3	Consecuencias .....	71
6.3	Adicciones .....	73
6.3.1	Factores de Riesgo .....	74
6.3.2	Factores Protectores .....	78
6.3.3	Consecuencias .....	80
6.4	Pandillerismo .....	82
6.4.1	Factores de Riesgo .....	82
6.4.2	Factores Protectores .....	85
6.4.3	Consecuencias .....	86



---

---

## VII. PROGRAMAS PREVENTIVOS DE CONDUCTAS DE RIESGO DURANTE LA ADOLESCENCIA

7.1	Programas de Prevención de Embarazo durante la Adolescencia .....	88
7.1.1	Campañas Informativas .....	88
7.1.2	Programas de Educación Sexual .....	89
7.2	Programas de Prevención de Adicciones .....	91
7.2.1	Campañas Informativas .....	91
7.2.2	Prevención Comunitaria .....	92
7.2.3	Programas Psicosociales .....	93
7.3	Programas de Prevención de la Delincuencia y el Comportamiento Antisocial ...	94
7.3.1	Intervenciones basadas en la Escuela .....	95
7.3.2	Intervenciones basadas en la Comunidad .....	96

## CAPITULO VIII. HABILIDADES SOCIALES

8.1	Concepto .....	98
8.1.1	Aproximación Conductual .....	98
8.1.2	Aproximación Cognitiva .....	98
8.1.3	Aproximación del Aprendizaje Social .....	99
8.2	Niveles de las Habilidades Sociales .....	100
8.2.1	Nivel Molecular .....	100
8.2.2	Nivel Molar .....	101
8.2.3	Nivel Intermedio .....	101
8.3	Adquisición de las Habilidades Sociales .....	102
8.4	Entrenamiento de las Habilidades Sociales .....	104
8.5	Asertividad y Solución de Conflictos .....	106
8.5.1	Asertividad .....	107
8.5.2	La habilidad de Solucionar Conflictos .....	108
8.6	La Importancia de las Habilidades Sociales en la Adolescencia .....	111

## METODO

Objetivo .....	114
----------------	-----

<b>I. Diagnóstico Comunitario</b>	
Sujetos .....	114
Escenario .....	114
Materiales .....	114
Instrumentos .....	114
Procedimiento .....	118
<b>II. Intervención Comunitaria</b>	
Sujetos .....	119
Escenario .....	119
Instrumentos .....	119
Procedimiento .....	120
<b>RESULTADOS</b>	
<b>I. Diagnóstico Comunitario</b>	
Fase A. Mapeo de Recursos y Necesidades de la Comunidad .....	122
Fase B. Búsqueda de Información .....	126
Fase C. Aplicación de Instrumentos .....	136
<b>II. Intervención comunitaria:</b>	
Grupo 1. Padres de Familia .....	146
Grupo 2. Adolescentes .....	150
<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN</b> .....	155
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	164
<b>ANEXOS</b>	

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

---

---

## RESUMEN

El presente trabajo surge a partir del programa de Internado en Psicología General y tiene como objetivo describir y analizar una experiencia de prevención primaria de conductas de riesgo en adolescentes, mediante la enseñanza de habilidades sociales. El proceso se desarrolló durante la rotación de Psicología de la Salud, en la Col. El Rodeo, AGEB 049-0 del Centro de Salud "Dr. Manuel Pesqueira" en la Del. Iztacalco. Consistió en dos etapas: Diagnóstico Comunitario e Intervención Comunitaria. En la primera etapa participaron 47 personas de 13 a 77 años de edad, de nivel socioeconómico medio bajo y se aplicaron 4 instrumentos: Guía de Entrevista Socioeconómica, Escala de Salud y Vida Cotidiana (HDL), Cuestionario de Apoyo Social y Escala de Ambiente Social Familiar (FES). Los datos obtenidos durante el Diagnóstico Comunitario fueron la base para la segunda etapa que consistió en un Taller de Entrenamiento en Habilidades Sociales; participaron 12 adolescentes de 14 a 18 años de edad y 10 padres de familia, divididos en dos grupos independientes. La efectividad del taller fue evaluada a través de tres instrumentos aplicados antes y después: Cuestionario de Conocimientos de Factores de Riesgo y Protectores, Cuestionario de Conocimientos de Estrategias y Categorías Conductuales, Cuestionario de Habilidades de SOCS y Cuestionario de Validez Social.

En el grupo de padres de familia se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la adquisición de conocimientos de factores protectores y de riesgo, así como en los conocimientos de estrategias y categorías conductuales de SOCS. Con respecto a las habilidades se observó un incremento en las áreas de negociar y categorías positivas. En el grupo de adolescentes los incrementos estadísticamente significativos se obtuvieron en el Cuestionario de Habilidades de SOCS, en su totalidad y en el área de asertividad.

Llama la atención que al comparar los resultados de los instrumentos antes y después de la intervención, en los dos grupos, siempre hubo un incremento. Se concluye que los miembros de la comunidad que participaron, adquirieron conocimientos y habilidades sociales que actúan como factores protectores que evitan las recaídas en las diferentes etapas del cambio (precontemplación, contemplación y preparación) de acuerdo al Modelo del cambio propuesto por Prochaska y Diclemente (1986), haciéndolos menos vulnerables a problemas como adicciones, embarazo adolescente y pandillerismo.

Finalmente se sugiere llevar a cabo evaluaciones posteriores a la intervención con el objetivo de conocer si los cambios se siguen manteniendo con el paso del tiempo. Además de medir la frecuencia de los problemas que en esta ocasión presentaron un alto índice.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

---

---

## INTRODUCCIÓN

El rápido cambio social que resulta del desarrollo económico, la industrialización, y la urbanización ha tenido efectos profundos sobre la estructura de las comunidades, el funcionamiento de las familias y el bienestar psicológico de las personas. En muchos lugares estos cambios han erosionado los sistemas tradicionales de apoyo psicosocial, reduciendo la capacidad de los individuos, familias, y comunidades de enfrentarse a la aflicción, la enfermedad y las incapacidades físicas.

Los recientes avances en los servicios de salud sostienen la filosofía de que al incorporar los descubrimientos científicos y las técnicas modernas de la psicología en las prácticas diarias, se produce un mejoramiento significativo en la promoción de la salud y la prevención y tratamiento de las enfermedades.

Durante los últimos decenios, han surgido especialidades profesionales como parte de una tendencia creciente hacia las intervenciones preventivas de base comunitaria y un mayor énfasis en la promoción y protección de la salud y el bienestar, a diferencia del tratamiento de la enfermedad en el individuo. Dos de estas especialidades son particularmente notables: la *psicología de la salud*, estrechamente asociada con la medicina del comportamiento, que se ocupa primordialmente de los aspectos preventivos y promocionales de la atención de salud, y la *psicología comunitaria*, que se ha desarrollado a partir de la investigación sobre la acción social y el desarrollo comunitario.

Actualmente, entre los científicos, los profesionales de salud y los responsables de las decisiones políticas, crece el convencimiento de que buena parte de lo que se percibe como enfermedad proviene en gran medida del comportamiento de las personas, más que de agentes patógenos biológicos.

El hábito de fumar, el abuso de alcohol y drogas, las relaciones sexuales sin protección, el exceso en el comer, la falta de ejercicio, así como los estilos de vida de gran estrés, son tan solo algunos de los factores del comportamiento que causan enfermedades graves. La mayoría de estos problemas tienen su origen durante la adolescencia, esto cobra mayor importancia debido a que en el mundo, existen alrededor de 1000 millones de adolescentes entre los 10 y 19 años.

---

En México, de acuerdo con el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000, se tienen 97.6 millones de habitantes, de los cuales el 21% son adolescentes. Se ha observado que la población adolescente se duplicó en términos absolutos en los últimos 30 años; para 1970 representaba 11.4% de la población nacional, entre 2000 y 2020 el grupo de población más grande será el de 10 a 19 años.

Considerando que estos jóvenes serán a futuro, ciudadanos que con su esfuerzo y dedicación contribuirán al progreso de México, es necesario invertir en el mantenimiento y cuidados de su salud, ya que de otra forma el gasto será significativamente mayor al tener que llevar a cabo un tratamiento o curación.

Las conductas de riesgo más comunes durante este periodo son: adicciones, (tabaquismo, alcoholismo y drogadicción), exposición a ambientes peligrosos y violentos, que asociados potencializan la probabilidad de que los adolescentes sufran accidentes, suicidios y homicidios entre otros.

Según datos de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998, 10% de los adolescentes fuman, en una relación entre hombres y mujeres de 3:1. De este total, 61.4% reportaron haberse iniciado en el consumo de tabaco antes de los 18 años; 39.7% entre los 15 y 17 años; 19.6% entre los 11 y 14 años, y 2.1% a los 10 años de edad o incluso antes. El consumo de drogas ilegales también es común, se calcula que alrededor de 4% de los hombres de entre 12 y 17 años han probado alguna droga en su vida.

En cuanto a los accidentes y las lesiones intencionales, un alto porcentaje está asociado al consumo de alcohol y drogas, y representan las primeras causas de muerte en este grupo de edad. Entre las y los jóvenes de 15 a 19 años, en 1999 concentraron 17.3% de las muertes; y se presentaron, además, 468 suicidios, que representaron 6% de las muertes totales en este grupo de edad (SSA, 2001).

La actividad sexual "precoz" también expone a los adolescentes a riesgos de embarazos y a enfermedades de transmisión sexual. Las cifras más recientes nos hablan de alrededor de 366,000 embarazos no deseados al año en el país, la mayoría de los cuales se produce entre adolescentes. De este total, 180 terminan en muerte materna, que constituye la cuarta causa de muerte en las mujeres de este grupo de edad (SSA, 2001).

---

---

La prevención y el tratamiento de estos problemas han sido abordados utilizando diferentes métodos, entre los cuales ha destacado el entrenamiento en habilidades sociales. Se ha encontrado, en diversas investigaciones, que no hay problema conductual que no se vea asociado con el déficit de este tipo de habilidades.

La importancia de que padres de familia y adolescentes desarrollen un repertorio de habilidades sociales, radica en que aprendan a tomar decisiones propias, expresen opiniones, se comporten de forma asertiva, solucionen problemas, establezcan una comunicación eficaz, etc., ya que el no hacerlo los puede conducir a situaciones de riesgo como las mencionadas anteriormente.

Por otra parte, se ha observado que si los programas preventivos son llevados a cabo a nivel comunitario, se tiene la ventaja de poder impactar a un amplio espectro de la población. Las estrategias comunitarias favorecen las estrategias de prevención primaria es decir, mediante ellas es posible provocar una reducción leve pero significativa en las conductas de riesgo de toda la población.

Por lo tanto es indispensable incorporar a la propia comunidad en la determinación de los fines y formas del desarrollo y negociar entre todos, la movilización de los recursos sociales e institucionales que se requieren para que la sociedad como un todo produzca salud y no más enfermedad.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

---

---

## CAPITULO I

### PSICOLOGIA Y SALUD

#### 1.1. CONCEPTO DE SALUD

En 1978, en la reunión de Alma-Ata (URSS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), definieron a la salud como " el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades." (Mora y Hersch, 1984).

Actualmente esta definición es muy utilizada, sin embargo tiene, por ser una declaración que busca consenso entre gobiernos y sistemas sociales diferentes, limitaciones importantes para ser usada en forma científica. Entre las críticas que se le pueden hacer a la definición se encuentran las siguientes:

- a) Considera a la salud como un estado y no como un proceso, poniendo mayor énfasis en el punto opuesto a la salud, es decir, en la enfermedad (Flórez, 1991).
- b) Considera a la salud como un estado de bienestar absoluto, completo y estático, y no como una situación relativa, variable y dinámica (San Martín y Pastor, 1988).
- c) La cuantificación de la salud expresada en estos términos, es difícil, ya que la enfermedad es más fácilmente medible que el bienestar, por lo que se sigue midiendo el daño, la incapacidad y la muerte (Mora y Hersch, 1984).
- d) Privilegia desmesuradamente el papel de los aspectos biofísicos y bioquímicos, que se consideran más importantes cuando se trata de curar la enfermedad orgánica (Flórez, 1991).
- e) Tiende a centrar las políticas de atención sanitaria en la cura de la enfermedad, más que en la promoción de la salud (Flórez, 1991).

---

f) No se le da a la salud una categoría de fenómeno social e histórico (Mora y Hersch, 1984)

La noción de la salud implica ideas de variación y de adaptación continuas, tanto como la enfermedad implica ideas de variación y desadaptación. No puede admitirse que la salud sea la sola ausencia de enfermedad y viceversa: entre los estados de salud y enfermedad existe una escala de variación, con estados intermedios, que va de la adaptación perfecta (difícil de obtener) hasta la desadaptación que se llama enfermedad (San Martín, 1981).

Por otro lado la salud es un proceso dinámico, complejo e histórico, porque cambia de acuerdo con la época y más exactamente con las condiciones de las poblaciones y las ideas de cada época (San Martín, 1981). Además es social porque los factores biológicos de daño y recuperación quedan insertados en la vida social, que es donde se comprende, determina y actúa sobre el proceso, de acuerdo a las leyes propias de todo fenómeno social (Mora y Hersch, 1984).

San Martín (1981), afirma que "la salud es una noción relativa que reposa sobre criterios objetivos y subjetivos (adaptación biológica, mental y social) y que aparece como un estado de tolerancia y compensación física, psicológica, mental y social, fuera del cual todo otro estado es percibido por el individuo y/o por su grupo, como la manifestación de un proceso mórbido". Como puede apreciarse en esta aproximación, la salud engloba aspectos subjetivos (bienestar mental y social), aspectos objetivos (capacidad para la función) y aspectos sociales (adaptación y trabajo socialmente productivo).

Otra conceptualización de la salud, indica que es un "proceso social que tiene repercusiones ecológicas en el ambiente de vida de la comunidad y que, finalmente produce en el individuo, según las circunstancias (favorables o negativas), el estado ecológico de salud o el desequilibrio ecológico que se llama enfermedad". En este concepto es importante considerar que el estado de salud no puede ser absoluto, porque es inseparable del ambiente ecológico y social de la comunidad, el cual es esencialmente variable y no existe, por la misma razón, un límite neto entre la salud y la enfermedad, si no grados y expresiones diversas mezcladas (San Martín y Pastor, 1988).

Finalmente Matarazzo (1984), elabora una propuesta de salud conductual que define como "el campo interdisciplinario dedicado a promover una filosofía de la salud, que implica la

---



---

---

responsabilidad individual en la aplicación de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas y del comportamiento, para favorecer el mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad y de las disfunciones por una variedad de actividades auto-inicadas o compartidas".

## 1.2. COMPORTAMIENTO Y SALUD

El comportamiento humano es un pilar fundamental de la salud o de su pérdida, lo cual lo hace indispensable como objeto de estudio del especialista. Existen numerosos testimonios de que la gente siempre ha sido más o menos consciente de la relación existente entre su grado de salud y bienestar, y el tipo de costumbres o estilos de vida. Pero en la actualidad estos testimonios se han multiplicado y el comportamiento ha adquirido, en la salud, una gran importancia (Costa y López, 1986).

Se estima que la influencia, en porcentajes, de cuatro grupos de factores, al comienzo y durante el transcurso de algunos problemas graves de salud, corresponde por orden a: el estilo de vida (51%), los factores biológicos (20%), las influencias ambientales (19%) y los servicios de cuidados de salud (10%). Es aquí donde se observa cómo el estilo de vida (hábitos de comportamiento) explica más de la mitad de la variación de los datos (Latorre y Beneit, 1994).

Urbina y Rodríguez (1993), afirman que una proporción importante de la varianza en las principales causas de morbilidad y mortalidad puede explicarse por variables del comportamiento y de los estilos de vida. Igualmente es sabido que la disminución en las tasas de mortalidad por el avance en las ciencias biomédicas, contrasta con el aumento en la mortalidad por causas estrechamente relacionadas con el comportamiento. Es así como los factores psicosociales y de comportamiento han ido ganando protagonismo en tres niveles (Latorre y Beneit, 1994):

- a) En la etiología y patogénesis de distintas enfermedades
- b) En el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad
- c) En la prevención de la enfermedad, así como en la promoción de conductas saludables

---

---

Siendo el comportamiento uno de los principales factores actuantes en el mantenimiento o la pérdida de la salud, resulta necesaria la aportación de la Psicología en las estrategias de evaluación e intervención en todos los ámbitos, niveles, programas y etapas de las acciones para el mejoramiento de la salud (Urbina, 1993).

### 1.3. PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La Psicología de la Salud es la rama aplicada de la Psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud (Morales, 1999).

La división de la Psicología de la Salud de la American Psychological Association (APA) la define como "el conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales de la Psicología para la promoción, el mantenimiento de la salud, la prevención, el tratamiento de la enfermedad, y para la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, de la enfermedad y de las disfunciones relacionadas, así como para el análisis y mejoramiento del sistema sanitario y de las políticas de atención a la salud" (en Morales, 1999). Además considera que el ser humano tiene una responsabilidad individual en el cuidado de su propia salud, por lo que se dedica precisamente al análisis y control de esa responsabilidad (Flórez, 1991).

En esta definición los objetivos más relevantes de la Psicología de la Salud son los siguientes (Flórez, 1991):

- a) **La promoción y el mantenimiento de la salud.** Categoría íntimamente relacionada con el concepto de "estilo de vida". Un estilo de vida que incorpore habilidades para el afrontamiento del estrés, habilidades para el adecuado desempeño social, o habilidades cognitivas para la ponderación de las situaciones y la solución de problemas, es un estilo promotor de la salud.
  
- b) **La prevención primaria de la enfermedad o del problema de salud.** La detección y la modificación de los factores psicológicos que sean riesgos específicos de enfermedad, constituye la tarea esencial de la Psicología de la Salud para adelantar efectivamente sus

---

acciones de prevención primaria mediante el uso de metodologías que, probablemente implican un uso extenso del trabajo comunitario.

- c) El tratamiento de la enfermedad.** En esta categoría se incluyen todas las acciones típicas de los niveles de prevención secundaria y terciaria. Las acciones de tratamiento de la prevención secundaria incluyen los procedimientos terapéuticos de la psicología clínica científica, en sus modalidades de intervención individual o grupal. Las acciones de intervención de la prevención terciaria incluyen los procedimientos terapéuticos que se utilizan en rehabilitación. La intervención psicológica requerida en los niveles de atención secundaria y terciaria tiene que ver con los factores psicoafectivos y comportamentales directamente implicados en una enfermedad en particular, con el contexto vital de la persona enferma y con el contexto propio de la intervención médica.
- d) La identificación de correlatos etiológicos de la enfermedad.** Pueden mencionarse como ilustración los estudios que proponen la existencia de factores psicológicos o comportamentales asociados causalmente a la génesis de diversas alteraciones de los sistemas orgánicos.
- e) El análisis y mejoramiento de las políticas de atención de la salud.** Un sistema sanitario que pretenda fundamentarse sobre la promoción de la salud y sobre la prevención primaria de la enfermedad, requiere de un fomento importante de las acciones de carácter psicosocial, en comparación con las acciones de carácter biomédico; de las cuales las últimas han sido las dominantes, por tratarse de un sistema centrado en la atención de la enfermedad, más que de la salud. Pero actualmente el cuadro epidemiológico de la población demanda un incremento proporcionalmente mayor de las medidas que tienen que ver con la responsabilidad social y con la responsabilidad individual en la atención del proceso salud-enfermedad, sin que ello implique el desmejoramiento o la desatención de los factores biológicos.

Por otra parte Latorre y Beneit (1994), señalan que la Psicología de la Salud se centra en el estudio teórico y aplicado de los siguientes temas:

1. Los comportamientos como factores de riesgo para la salud.
2. El mantenimiento de la salud a través de los comportamientos (inmunizadores).

- 
- 
3. Las cogniciones acerca de la salud enfermedad.
  4. La comunicación, toma de decisiones y adherencia.
  5. El medio ambiente en el que se produce el tratamiento, incluyéndose las técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas a las que los pacientes son sometidos.
  6. El afrontamiento de la enfermedad y la incapacidad.

La Psicología de la Salud es una disciplina propia, con fundamentos teóricos, metodológicos y técnicos bien establecidos, y con una perspectiva más amplia que la de la medicina comportamental o cualquiera de las disciplinas que le anteceden y que, de alguna forma, constituyen sus ancestros naturales. Esto hace pensar en la Psicología de la Salud como un nuevo paradigma en la teorización y en la práctica de la relación existente entre la Psicología y la Salud (Flórez, 1991).

#### **1.4. OTRAS DISCIPLINAS INVOLUCRADAS EN EL ESTUDIO DE LA SALUD Y EL COMPORTAMIENTO**

Además de la Psicología de la Salud existen otras áreas que participan en el estudio, análisis y adquisición de comportamientos relacionados con la salud, por ejemplo: el Análisis Funcional de la Conducta (AFC), la Medicina Conductual y la Psicología Comunitaria, entre otras. Esta última será abordada en el capítulo IV.

##### **1.4.1. ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA (AFC)**

El AFC permite la descripción e identificación de las variables antecedentes y consecuentes que intervienen en un comportamiento, así como el análisis de las relaciones funcionales entre esas variables, las variables del organismo y el propio comportamiento (Costa y López, 1986). Es un instrumento esencial de la tecnología de la evaluación del comportamiento, mediante el cual se obtiene información que permite tomar decisiones acerca de la producción de cambios en el comportamiento y la evaluación de esos cambios. Tiene como objetivos los siguientes (Costa y López, 1986):

- 
- 
- a) Identificar objetiva y operativamente los comportamientos relevantes que integran un problema y las variables, condiciones, factores de riesgo y funciones de estímulo que controlan su aparición y mantenimiento.
  - b) Establecer los objetivos de la intervención clínica o comunitaria.
  - c) Proporcionar información relevante para la selección de las técnicas de modificación de conducta, de los programas de salud y de las estrategias de aprendizaje estructurado más apropiadas en cada caso.
  - d) Evaluar los resultados de la intervención.

Además tiene un triple propósito: describir la conducta y los eventos con los cuales se asocia, hacer predicciones (hipótesis) sobre los factores que controlan la conducta basados en las relaciones observadas de la conducta y los eventos, y probar esas predicciones alterando los factores que se presumen para ver si la conducta varía conforme se predijo. Existen diferentes estrategias para obtener la información e identificar las relaciones funcionales, algunas de ellas son: entrevistas, observación directa, observación directa y manipulación de condiciones, etc. (Kazdin, 1996).

La realización del análisis funcional tiene muchas ventajas, de las cuales se destacan las siguientes (Kazdin, 1996):

- Puede sugerir condiciones antecedentes específicas que promuevan o hagan surgir la conducta.
- Refiere, frecuentemente, el tipo de arreglo de contingencias que tiene probabilidad de ser efectivo. Una vez identificados los reforzadores que pueden ser efectivos en la situación, se pueden rediseñar para apoyar la conducta de interés.
- Sugiere las contingencias que tienen la probabilidad de no ser efectivas.

---

---

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

---

#### 1.4.2. MEDICINA CONDUCTUAL

La Medicina Conductual comenzó como una continuidad del modelo de la Psicología médica, resaltando el papel de los comportamientos aprendidos en el origen y la manifestación de las enfermedades y buscando medios para su tratamiento. Es un campo interdisciplinario que integra el conocimiento de diversas ciencias, como la epidemiología, psicología y fisiología (Barrientos, et al., 1997).

De acuerdo a Schwartz y Weiss (1978, en Morales, 1999), la Medicina Conductual se define como el "campo relacionado con el desarrollo del conocimiento y técnicas de las ciencias de la conducta relevantes para la salud y la enfermedad, y la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Para ello se requiere de (Pormelau y Brady, 1979 citados en Barrientos, et al., 1997):

- a) El uso de técnicas clínicas surgidas del análisis experimental de la conducta (terapia conductual y modificación de la conducta), para la evaluación, prevención, cuidado o tratamiento de la enfermedad física o la disfunción fisiológica.
- b) La investigación que contribuye al análisis funcional y la comprensión de la conducta asociada con trastornos médicos y problemas en el cuidado de la salud.

Algunas de la principales técnicas derivadas de la terapia conductual y la modificación de conducta que alimentan la intervención del psicólogo en Medicina Conductual son (Barrientos, et al. 1997):

- a) *El biofeedback*. Tiene como objetivo controlar conductas fisiológicas consideradas tradicionalmente como "autónomas".
- b) *Autocontrol*. Se caracteriza por el papel activo del paciente en los procesos de autodirección y automonitoreo. Es una técnica que considera procesos de discriminación y análisis de eventos antecedentes y consecuentes para el control de la propia conducta, y que se distingue por su corta duración y el mantenimiento de sus resultados a largo plazo; a través de ella pueden sentarse las bases para la generalización.

---

c) *Otras.* Algunos autores citan las técnicas de relajación progresiva, entrenamiento en habilidades sociales, solución de problemas, estrategias de afrontamiento, condicionamiento aversivo, desensibilización sistemática, entrenamiento asertivo, modelamiento, moldeamiento y manejo de contingencias entre otras.

Lo anterior conforma el modelo teórico-metodológico de la medicina conductual, la cual tiene 4 ámbitos de aplicación (Barrientos, et al. 1997):

- 1) **Modificación de Conductas Problema.** Abarca tanto aquellas relacionadas con el surgimiento de la enfermedad, como las que sin ser su causa directa, se desprenden de ella ante las consecuencias físicas, psicológicas o sociales del problema (ansiedad, angustia, depresión, etc.). Relacionados con los trabajos de intervención, se encuentran los de evaluación que pueden agruparse en dos vertientes: a) Evaluación de programas de modificación de conducta(s) de riesgo y su impacto en los estados de salud y enfermedad del grupo o del individuo, y b) Evaluación de factores conductuales de riesgo a la salud.
- 2) **Potenciación de la actividad de otros profesionales de la salud.** Implica la intervención con el personal que brinda servicios de atención a la salud, a fin de propiciar una atención más apropiada por parte de los integrantes del equipo de salud al paciente.
- 3) **Uso de técnicas conductuales para mejorar la adherencia terapéutica.** Evaluar los factores implicados en la adherencia terapéutica y desarrollar estrategias de intervención para incrementarla.
- 4) **Prevención del problema.** Incluye la generación de programas que inciten a la población a optimizar su estado de salud y mantenerla a través de la aplicación de hábitos y estilos de vida saludables, además de participar en programas de detección precoz de la enfermedad, cuando hay alternativas de solución y buen pronóstico.

---

---

## CAPITULO II

### LA ECOLOGÍA SOCIAL EN EL PROCESO SALUD – ENFERMEDAD

#### 2.1. ECOLOGÍA SOCIAL

Como se menciona en el capítulo I la salud es un proceso social que tiene repercusiones ecológicas (Martín y Pastor 1998). Un sistema ecológico es más que la suma de sus partes, también incluye la interacción de éstas; además posee estructura, coherencia interna, estabilidad propia, funciones y relación con el ambiente total (San Martín, 1992).

Los riesgos y tensiones del ambiente adquieren importancia creciente a medida que el individuo se socializa; a esto se agregan los grandes cambios fisiológicos y las crisis emocionales de la vida. Para hacer frente a todo esto, el individuo depende de su constitución (heredada y adquirida) y de las ayudas artificiales de la ciencia y la sociedad (cultura, medicina, etc.). (San Martín, 1992).

La adaptación sociocultural está representada por la intervención humana sobre el ambiente, se trata de las modificaciones y transformaciones que el hombre introduce en el ambiente y de las medidas que toma para contrarrestar o eliminar la mala adaptación. Como el ambiente sociocultural es muy complejo y multicausal, el hombre debe estar en permanente variación y adaptación del ambiente total (San Martín, 1992).

Esta concepción que resalta la importancia del ambiente en el que los individuos se desarrollan es conocida como el enfoque ecológico, el cual postula que la sociedad y las comunidades humanas son un complejo sistema de interdependencias análogo al ecosistema natural en biología (Díaz y Iscoe, 1984).

Un precepto básico de esta aproximación es que los patrones de conducta individual están condicionados por las características de su entorno físico y social, y por las características de la comunidad en la que habita el individuo. Estas características comunitarias se convierten en la ecología social, que interviene en provocar en individuo y comunidad un



---

---

patrón de conducta dado. La ecología social se puede analizar con base en cuatro sistemas de impacto (Catalano, 1977; Brofenbrenner, 1979; citados en Aduna, 1998):

- 1) *Microsistema*. Se refiere al ambiente inmediato en el que el individuo experimenta las interacciones voluntarias de su vida diaria (Ej. Casa, familia, amigos, etc.).
- 2) *Mesosistema*. Representa las relaciones intersistema de importancia en el desarrollo humano, es decir, son los eslabones entre los microsistemas de los cuales el individuo forma parte.
- 3) *Exosistema*. Está representado por estructuras sociales formales e informales, que contienen al individuo en su proceso de desarrollo y que incluyen los escenarios inmediatos en los cuales se encuentra el individuo (Ej. El mundo del trabajo, la escuela, los hospitales, las redes sociales informales, la distribución de bienes y servicios).
- 4) *Macrosistema*. Incluye los valores culturales y sistemas de creencias que existen en la comunidad y que afectan el proceso de desarrollo humano a través de su influencia sobre el desarrollo ontogenético.

Como puede observarse el ambiente o entorno del individuo está constituido por una gran diversidad de elementos que, como ya se mencionó, forman parte de los sistemas de impacto, los cuales pueden repercutir positiva o negativamente sobre el bienestar del individuo. Entre los factores que afectan negativamente la salud se encuentran los desequilibrios psicosociales (dificultades para la adaptación social debido a la velocidad del cambio social) y en general los factores psicosociales (densidad de población, competencia, ritmo social acelerado, que producen aumento de ansiedad, violencia y agresividad), los cuales hacen que el hombre se encuentre constantemente sometido a tensiones que entrañan un desequilibrio biológico contra el cual su organismo reacciona. Este proceso es conocido como estrés y se refiere a la reacción del organismo a cualquier modificación o cambio, ya sea placentero o desagradable, que el organismo intenta hacer desaparecer (San Martín, 1992).

---

---

## 2.2. CONCEPTO DE ESTRÉS

Existen diferentes conceptualizaciones acerca del estrés, las cuales pueden resumirse, de acuerdo a Stotland (1987, citado en Latorre y Beneit, 1994), en tres:

1. **El estrés centrado en el ambiente.** El ambiente es descrito como un conjunto de estímulos; así la causa del estrés se atribuye a los condicionantes ambientales. De acuerdo a esta aproximación, los eventos o circunstancias que se perciben como amenazantes o peligrosas, y que producen sentimientos de tensión, son denominados estresores. Elliot y Eisdoffer (1982, citados en Latorre y Beneit, 1994), proponen cuatro tipos de estresores que difieren en su duración y que son los siguientes:

- a) *Estresantes agudos*, limitados en el tiempo, tales como hacer un salto en paracaídas, esperar una intervención quirúrgica, etc.
- b) *Secuencias estresantes* o series de eventos que ocurren durante un periodo prolongado como resultado de un acontecimiento inicial desencadenante, como la pérdida del puesto de trabajo, el divorcio o el fallecimiento de un familiar.
- c) *Estresantes crónicos intermitentes*, como visitas conflictivas o problemas sexuales, los cuales pueden ocurrir una vez al día, una vez a la semana o una vez al mes.
- d) *Estresantes crónicos*, tales como incapacidades permanentes, riñas entre los padres o estrés de origen laboral crónico, los cuales pueden haberse iniciado o no por un acontecimiento discreto que persiste durante mucho tiempo.

2. **El estrés como respuesta.** Se centra en las reacciones de las personas a los estresores. El estrés se entiende como el estado de tensión producido por una circunstancia u otra a la que se enfrenta una persona. Esta respuesta conlleva dos componentes interrelacionados:

- a) *El componente psicológico*, que incluye conductas, patrones de pensamiento y emociones caracterizados por un estado que se puede definir como "inquietud".

- 
- 
- b) *El componente fisiológico*, que incluye una elevación del "arousal" (activación) corporal.

Esta respuesta de dos componentes (psicológico y fisiológico) es denominada *tensión*.

3. **El estrés como proceso.** Incluye los estresores y las tensiones, pero añadiendo una dimensión importante: la interacción entre la persona y el medio (Lazarus y Folkman, 1986). Este proceso implica ajustes e interacciones continuas (transacciones) entre la persona y el medio. De manera que cada uno de los dos polos afecta y es afectado por el otro. Así, el estrés no es, exactamente ni un estímulo ni una respuesta sino un proceso en el cual la persona actúa como agente activo que puede modificar el impacto del estresor a través de estrategias cognitivas, emocionales o conductuales.

Teniendo en cuenta las tres aproximaciones descritas, se pueden citar dos definiciones que las incluyen:

- El estrés es la condición que resulta cuando las transacciones entre la persona y el medio conducen al individuo a la percepción de una discrepancia - real o ficticia- entre las demandas de la situación y los recursos biológicos, psicológicos o sociales de los que no dispone (Sarafino, 1990; en Latorre y Beneit, 1994).
- El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por aquel como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1986).

De estas definiciones se destacan diversos aspectos (Latorre y Beneit, 1994):

- a) El estrés afecta todos los recursos biopsicosociales de una persona para enfrentarse con los sucesos difíciles o circunstancias.
- b) Cuando se habla de las demandas de la situación, se hace referencia a la cantidad de recursos que un estresor nos demanda.

- 
- 
- c) El estrés conlleva la discrepancia entre las demandas de la situación y los recursos de una persona. Esta discrepancia puede ser real o percibida como tal; así, no es necesario que exista una discrepancia real para que aparezca el proceso de estrés.
  - d) Las evaluaciones de las discrepancias, entre las demandas y los recursos, ocurren a través de interacciones con el medio. Estas interacciones (transacciones) se ven afectadas por una serie de factores de tipo individual y situacional.

### 2.2.1. EFECTOS DEL ESTRÉS

Diversas investigaciones realizadas indican de forma consistente que conforme aumenta el estrés, se hace más probable enfermar (Baron y Byrne, 1998). Se calcula que el 25% de la población mundial padece estrés o algún trastorno de salud relacionado con este padecimiento, lo que ha llevado a considerarlo como uno de los principales problemas de salud psicológica en el mundo. De los estudios realizados se infiere que el 10% de la población mundial padece dolores de cabeza, y de este porcentaje sólo en un 10% de los casos se pueden comprobar causas orgánicas (Gaceta UNAM, 1993; en Valadez, 1995).

Los efectos fisiológicos son solo una pequeña parte de la gran diversidad de efectos que están relacionados con el estrés. A este respecto Evans y Cohen (1987, citados en Valadez, 1995), proponen cinco áreas de impacto, las cuales están relacionadas con las áreas de estudio del estrés:

1. **Efectos fisiológicos.** El estrés se presenta acompañado por un gran número de cambios fisiológicos. Un mecanismo primario como respuesta al estrés es por medio del sistema nervioso simpático, la activación de este sistema se refleja en un incremento en la actividad glandular suprarrenal, y un incremento en las catecolaminas y corticoesteroides, incremento en la tasa cardíaca y presión sanguínea, una tasa de respiración más rápida, sudoración, incremento en la actividad electrodérmica y una mayor tensión muscular.
2. **Efectos en la ejecución de tareas.** Interferencia con tareas que requieren detección rápida, atención sostenida o atención a múltiples fuentes de entrada. Con relación a este punto Cohen habla de la capacidad de atención y ejecución de alguna tarea y menciona

---

---

que: a) el estrés ambiental crea demandas en la capacidad de atención, estas demandas se incrementan cuando el estresor es intenso, impredecible e incontrolable, b) cuando se realizan tareas simultáneas bajo condiciones de estrés, se presenta un incremento en la ejecución de la tarea complementaria, c) cuando se realizan tareas simultáneamente, bajo condiciones estresantes, se enfoca la atención en indicadores relevantes y se rechazan los relevantes de la tarea complementaria.

3. **Efectos en las conductas interpersonal y afectiva.** Bajo condiciones de estrés se reporta mayor ansiedad, tensión y nerviosismo. Se puede presentar una mayor competitividad, hostilidad y agresión. También se ha encontrado que afecta la toma de decisiones.
4. **Efectos en conducta verbal y no verbal.** Fallas en el habla (repetición, cambios en la oración, etc.), uso de muletillas, hablar rápido, palabras o frases que revelan tensión o ansiedad acerca del problema (tenso, preocupado); indicadores no verbales como: posturas corporales más defensivas (cruzar los brazos), menor contacto visual, más conductas automanipulativas (rascarse, tocarse el cabello, jalarse la ropa), manipulación de pequeños objetos (plumas, hojas, etc.).
5. **Efectos en los procesos de adaptación.** Decremento en la habilidad para enfrentarse con estresores, poca motivación, problemas de ajuste socioemocional, sensibilidad al desamparo aprendido, sobregeneralización de respuestas de afrontamiento y mayor susceptibilidad a desórdenes psicológicos y enfermedades infecciosas. También es importante mencionar que no siempre se presentan consecuencias negativas. Aldwin y Stokols (citados en Valadez, 1995) enumeran una serie de efectos positivos que se pueden presentar ante situaciones estresantes como: Mayor creatividad, desarrollo de una mayor capacidad de memoria, mayor autoestima, mayor pericia en ejecución de tareas, fortalecimiento de la identidad y cohesión social debido a la adversidad.

Un proceso relacionado mayormente con éste último punto y que se refiere a la respuesta que se tiene frente al estrés es el afrontamiento; ya que en gran parte nuestra salud, se verá afectada de forma negativa o positiva, dependiendo de la respuesta que se tenga ante las diferentes circunstancias estresantes de la vida.

---

### 2.3. CONCEPTO DE AFRONTAMIENTO

El afrontamiento es una respuesta al estrés, ya sea conductual o cognitiva, dirigida a reducir sus cualidades aversivas; son todos aquellos aspectos del proceso del estrés que incluyen los intentos del individuo para resistir y superar al estresor (Fleming, Baum y Singer, 1984, citados en Valadez, 1995).

Una conceptualización, de la cual se derivan otras muchas definiciones, es la propuesta por Lazarus y Folkman (1986), quienes definen al afrontamiento como: *aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.*

El afrontamiento tiene principalmente dos funciones: la regulación de la emoción que provoca un estresor y la solución de problemas.

*El afrontamiento enfocado a la emoción* puede ser usado, por ejemplo, para alterar el significado de una situación y por lo tanto, realzar el sentido de control del individuo sobre su estrés. Son respuestas cognoscitivas cuya función principal es analizar las consecuencias emocionales de los estresores y ayudar a mantener el equilibrio emocional. Entre estas se encuentran la regulación afectiva y la descarga emocional (expresión verbal, conducta de afecto negativo y esfuerzos indirectos para reducir tensión, como beber y comer más) (Aduna, 1998).

*El afrontamiento enfocado al problema* se usa para controlar la relación problematizada persona-ambiente a través de resolución de problemas, toma de decisiones y/o acción directa. Son intentos por modificar o eliminar las fuentes de estrés a través de la propia conducta (Antonovzky, 1979; Lazarus, 1980; Pearlin y Schooler, 1978, citados en Aduna, 1998).

Teóricamente, la efectividad de los esfuerzos enfocados en el problema depende en gran medida del éxito de los esfuerzos enfocados en la emoción, es decir, las emociones fuertes interfieren con la actividad cognoscitiva necesaria para el afrontamiento enfocado al problema (Klinger, 1975; Lazarus, 1966; citados en Aduna, 1998).

---

---

Resumiendo, la función protectora del afrontamiento puede ser ejercida de tres maneras: Eliminando o modificando las condiciones que dan origen a los problemas, controlando perceptualmente el significado de la experiencia de una manera que neutralice su carácter problemático y manteniendo las consecuencias emocionales de los problemas dentro de límites manejables (Aduna, 1998).

De acuerdo con Lazarus y Moss (1977, 1966 citados en Aduna, 1998) el afrontamiento se clasifica en tres tipos:

- 1) **Afrontamiento cognoscitivo-activo.** Se refiere a los intentos que hace el individuo para analizar su evaluación sobre la dificultad el evento.
- 2) **Afrontamiento conductual-activo.** Se refiere a las conductas que el individuo ha llevado a cabo para tratar directamente con el problema y sus efectos.
- 3) **Evitación del afrontamiento.** Se refiere a evadir confrontar activamente el problema o reducir indirectamente la tensión emocional por medio de conductas como fumar o comer más.

La forma de afrontar una situación determinada dependerá tanto de la evaluación cognoscitiva como de los recursos con que dispone el individuo y las limitaciones determinadas por el contexto de la interacción. Lo cual significa que una persona puede tener muchos o pocos recursos y además tener la habilidad necesaria para implementarlos en las distintas demandas del entorno (Valadez, 1995).

Lazarus y Folkman (1986) hablan de recursos del individuo, como la salud y la energía (recursos físicos), las creencias positivas (recursos psicológicos) y las técnicas sociales (aptitudes) y de resolución de problemas. Además toman en cuenta los recursos del ambiente, es decir, los recursos sociales y materiales (dinero y bienes y servicios que puedan adquirirse con él).

A continuación se explican brevemente cada uno de los recursos del individuo, propuestos por Lazarus y Folkman (1986), dada su importancia en el presente trabajo:

- **Salud y Energía.** Si se posee estos factores, resulta más sencillo afrontar una situación, ya que cuando una persona se encuentra débil, cansada o enferma, aporta menos

---

---

energía al proceso de afrontamiento, en comparación con una persona sana y en estado óptimo.

- **Creencias Positivas.** Se refiere a todas aquellas creencias (como la imagen positiva de sí mismo o el locus de control) que sirven de base para la esperanza y que favorecen el afrontamiento en las situaciones negativas. Sin embargo también existen creencias que pueden interferir, disminuir o inhibir el proceso de afrontamiento (Ej. Locus de control externo).
- **Técnicas para la solución de problemas.** Incluyen habilidades para conseguir información, analizar las situaciones, examinar alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción apropiado. Es importante mencionar que estos recursos se expresan a través de acciones específicas como prepararse para un examen, conseguir empleo, etc.
- **Habilidades Sociales.** Se refieren a la capacidad de comunicarse y actuar con los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva. Este tipo de habilidades facilita la resolución de los problemas en coordinación con otras personas, aumentan la capacidad de atraer su cooperación y apoyo y, en general, aportan al individuo un control más amplio sobre las interacciones sociales. En el capítulo VII se explicará con mayor detalle la importancia de este punto.
- **Apoyo Social.** Es la información que lleva a las personas a creer que son amadas, estimadas y que forman parte de una red de comunicación y de obligación mutua (Cobb, 1981; citado en Aduna, 1998). Las personas que forman parte de esa red ayudan a los individuos a movilizar sus recursos psicológicos; comparten sus tareas, les proporcionan recursos tangibles o habilidades, entendimiento cognoscitivo y guía que puede mejorar el manejo de la situación (Caplan, 1974 citado en Lazarus y Folkman, 1986).

Estos recursos pueden influir en que el afrontamiento sea eficaz o no, dependiendo del grado en que cada individuo los posea; por esta razón pueden ser considerados al mismo tiempo como factores de riesgo o protectores.



---

---

#### 2.4. FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES

Un factor de riesgo se refiere a las condiciones tanto ambientales como personales, que de alguna manera anuncian problemas adaptativos y de funcionamiento personal. Son aquellos factores que al actuar conjuntamente representan el peligro de romper el equilibrio necesario para que se den la salud, la adaptación y la competencia, personales (Rodríguez y Rojas, 1998).

En cambio los factores protectores predicen el bienestar personal y familiar. Representan los estilos de vida sanos y las alternativas de acción para promover esa competencia y efectividad necesarias para enfrentarse a situaciones cambiantes (Rodríguez y Rojas, 1998).

Hay varias formas de concebir estos factores, una de ellas es distinguir aquellos que funcionan como macrológicos o distales y los que actúan como micrológicos o proximales. Los factores macrológicos suelen afectar a la población de manera relativamente homogénea, a gran escala, y representan variables a cuyo cambio tiene acceso restringido tanto el individuo como el especialista. Algunos ejemplos incluyen el género, el nivel socioeconómico, la escolaridad, el lugar de residencia, la infraestructura sanitaria, etc. Se trata de características que intervienen en el proceso de salud-enfermedad, sin embargo no es necesario para el psicólogo, abordarlos en este nivel, ya que los esfuerzos para inmunizar a la población serían poco menos que inútiles (Rodríguez y Rojas, 1998).

El mismo análisis macrológico revela que hay individuos y familias enteras que a pesar de compartir todos aquellos factores de riesgo, no presentan problemas de salud. Es natural suponer que hay otros factores inherentes al comportamiento humano, que quizá actúan como potenciadores de los macrológicos o bien que contrarrestan sus efectos, es decir, que se convierten en verdaderos factores protectores (Rodríguez y Rojas, 1998).

Esto conduce al experto en comportamiento y salud a diseñar y conducir acciones preventivas basadas en el conocimiento sistemático y confiable de estos factores protectores inherentes a la interacción humana, es decir, al análisis de variables proximales como las prácticas de crianza y la propia interacción humana. En dicho análisis hay situaciones que hacen una contribución muy importante por tener un alto peso específico y son los llamados eventos vitales. Se trata de aquellas transiciones que fuerzan cambios en la vida de los

---

---

---

---

individuos, sus familias y, a veces, sus comunidades, literalmente de un día para otro. Algunos ejemplos incluyen casarse, divorciarse, hospitalizarse, el nacimiento del primer hijo, entre muchos otros (Rodríguez y Rojas, 1998).

Estos cambios vitales ya están documentados en términos del tipo de ajuste que demandan, su función como estresores y el tipo de habilidades que se requieren para funcionar adaptativamente con ellos, de modo que se reduzca su valor de riesgo (Hernández y Sánchez, 1995; citados en Rodríguez y Rojas 1998). Uno de estos cambios vitales es aquel que se tiene durante la transición de la niñez a la adultez, es decir, la adolescencia; la cual será revisada en el Capítulo V.

Otro grupo de factores se relaciona con las habilidades interpersonales tales como la competencia interactiva o social, pues constituye un poderoso predictor de cambios en adaptación y salud que ocurren posteriormente. Otros ejemplos incluyen el apoyo del grupo inmediato, la aceptación en grupos y situaciones nuevas (Rodríguez y Rojas 1998).

Lo que ocurre cuando se tiene acceso a estos factores, es que se dispone por primera vez de la opción real de tomar el conocimiento sobre los mecanismos que regulan el funcionamiento humano, su expresión como factores de riesgo para derivar intervenciones profesionales psicológicas e incidir sobre el ser humano y su salud, física o psicológica. Probablemente no se puede modificar cómo inciden, pero sí cómo el individuo reacciona y maneja la situación en que ocurre su impacto o efecto (Rodríguez y Rojas 1998).

En el siguiente capítulo se realizará un análisis de la forma en que hasta ahora se ha dado atención a los diversos problemas de salud en el ámbito nacional. Así mismo se examinará la importancia que se le ha concedido a factores como los descritos hasta este momento.

---

## CAPITULO III

### LA ATENCIÓN A LA SALUD

#### 3.1. EL MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD EN MÉXICO

La atención a la salud constituye uno de los retos y prioridades más importantes, especialmente para los países de América Latina. Para dar respuesta a este reto, se cuenta con sistemas de salud en los que simultáneamente operan varios esquemas para prestar servicios. Estos esquemas, en general, dependen de las condiciones laborales de las personas. Esto es, si son trabajadores de la iniciativa privada o de instituciones gubernamentales, cuentan con la protección de la seguridad social, que además de dar respuesta a las demandas de salud, ofrece otros tipos de apoyos como son: la jubilación por edad y la pensión por incapacidad (Urbina, 1993).

Por último existen grupos de población con solvencia económica, que sin importar si tienen acceso o no a los servicios de seguridad social, optan por usar los servicios de medicina privada (Urbina, 1993).

En el caso de México, aproximadamente el 55% de la población tiene derecho a alguna de las instituciones de seguridad social. El resto de la población potencialmente debería recibir servicios de la Secretaría de Salud o de los gobiernos de los estados o municipios. Sin embargo, debido a la gran dispersión de la población en las áreas rurales, se considera que actualmente México cuenta con aproximadamente un 6% de población sin cobertura oficial de servicios de salud (Urbina, 1993).

El sistema de salud actual tiene casi 60 años de existencia; su fundación data de 1943, año en que se crearon la Secretaría de Salubridad y Asistencia – hoy Secretaría de Salud (SSA) – el IMSS y el Hospital Infantil de México (SSA, 2001). Posteriormente en Febrero de 1983 fue elevado a rango constitucional el derecho a la protección de la salud, paso con el cual el Estado Mexicano concedió la máxima prioridad a la salud (Soberón y Arroyo, 1985).

---

El Sistema Nacional de Salud, es un conjunto organizado de recursos, tanto públicos como privados, cuyo objetivo general es promover, proteger, mantener, mejorar y restaurar la salud de la población (Soberón y Arroyo, 1985). Los servicios de salud son de tres clases: atención médica, salud pública y asistencia social (López y Alarcón, 1993):

1. **Atención médica.** Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar la salud; involucra actividades preventivas, curativas y de rehabilitación. Las primeras incluyen actividades de promoción general y de protección específica; las acciones curativas tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y propiciar un tratamiento oportuno; y las actividades de rehabilitación incluyen acciones tendientes a prevenir, limitar y corregir invalideces físicas o mentales. Se distinguen tres niveles de atención:

- a) **Primer nivel:** Se enfoca hacia la prevención de enfermedades y conservación de la salud, a través de actividades de promoción, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de padecimientos frecuentes, cuya resolución sea factible mediante el empleo de recursos poco.
- b) **Segundo nivel:** Se desarrollan acciones dirigidas a restaurar la salud y superar los daños, a través de actividades de atención médica englobadas dentro de cuatro especialidades básicas (cirugía general, medicina interna, ginecobstetricia y pediatría); además se llevan a cabo labores de enseñanza e investigación. Requiere de recursos de mediana complejidad para atención ambulatoria y de hospitalización.
- c) **Tercer nivel:** Comprende acciones de restauración de la salud y superación de daños poco frecuentes, a través de actividades de atención médica que involucran diversas especialidades y requieren de una combinación de recursos de alta complejidad. También se llevan a cabo actividades de enseñanza e investigación.

2. **Salud pública.** Atiende problemas que rebasan el nivel individual y requieren para su solución acciones organizadas de carácter colectivo. Los sistemas de salud pública se orientan básicamente a la prevención y control de padecimientos transmisibles y no transmisibles, a la vigilancia e investigación epidemiológica, a la salud, la nutrición, planificación familiar, vigilancia y control sanitario, prevención, saneamiento básico y

---

mejoramiento de la calidad del ambiente. Por consiguiente, sus servicios no son el resultado de la demanda individual de atención a la salud, sino el reconocimiento de la obligación del Estado de actuar para la protección sanitaria de la población contra fenómenos de diverso orden, fundamentalmente ambiental.

3. **Asistencia social.** Conjunto de acciones tendentes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impiden al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección y desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva. Las actividades de la asistencia social son entre otras: atención en establecimientos especializados a menores y ancianos en estado de abandono, promoción del bienestar del senecto, el ejercicio de la tutela de menores, la prestación de servicios de alimentación complementaria, y la promoción de la participación consciente y organizada de la comunidad en acciones de asistencia y desarrollo social.

### 3.1.1. CRITICAS AL MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD

En la mayoría de los países los sistemas de servicios de salud se caracterizan por una multiplicidad de organismos que dan servicio a diferentes grupos de población, lo cual ha tenido como consecuencia una gran variedad de programas de salud con muchas duplicidades y graves lagunas (Valdez y Peschard, 1984), características que también posee nuestro sistema de atención a la salud.

El modelo de atención actualmente imperante ha recibido importantes críticas debido a diversos aspectos, dentro de los cuales se destacan los siguientes:

- Fomenta la concepción individualista en el origen de los problemas de salud y relega la consideración del contexto ambiental y social (Costa y López, 1986).
- Está centrado en el tratamiento que es dirigido hacia las personas identificadas con problemas, por lo que fracasa en desarrollar acciones preventivas consistentes (Costa y López, 1986).

- 
- Su acción se desarrolla en una estancia receptiva-pasiva, donde el profesional espera a que los usuarios lleguen demandando un servicio (Costa y López, 1986).
  - Las acciones preventivas que contempla son fundamentalmente las de atención personal, como las inmunizaciones (Soberón y Arroyo, 1985).
  - Satisface las necesidades de salud en forma incompleta (Soberón y Arroyo, 1985).
  - Los servicios ofrecidos son básicamente curativos y corresponden a una atención médico-hospitalaria, costosa y de impacto limitado sobre la salud de la población (Soberón y Arroyo, 1985).
  - El fenómeno de burocratización, debido al cual se observa que las personas con un cargo público se preocupan más por mantener su puesto que por identificar las verdaderas causas de los problemas de salud y de esta manera lograr intervenir de la forma más eficaz y eficiente (Saforcada, 1999).

### **3.2. EL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 2001 - 2006**

Aunque el Modelo de Atención a la Salud actualmente en práctica, es básicamente el mismo, resulta importante realizar una breve revisión del nuevo programa de salud para observar si existen diferencias que deriven en el mejoramiento progresivo de la atención a la salud (Secretaría de Salubridad y Asistencia, SSA, 2001).

El Programa Nacional de Salud (PNS) es la parte del Plan Nacional de Desarrollo en el que se expresan y justifican, ordenadamente, las acciones que habrá de desarrollar el gobierno de la República durante su gestión para transformar la realidad sanitaria del país, de conformidad con las normas, principios y objetivos que la Constitución y la Ley establecen (SSA, 2001).

El PNS 2001-2006 anticipa la conformación de un sistema de salud universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta calidad, anticipatorio, descentralizado, participativo y vinculado

---

---

al desarrollo, atendiendo de manera preferencial las necesidades de los grupos más vulnerables. Este programa tiene cinco objetivos generales (SSA, 2001):

1. Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos.
2. Abatir las desigualdades en salud.
3. Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud.
4. Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de Salud.
5. Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas.

Estos objetivos habrán de concretarse mediante la implantación de cinco estrategias sustantivas y cinco estrategias instrumentales. Las primeras están directamente relacionadas con los objetivos básicos del sistema, y las segundas influyen en estos objetivos, a través del fortalecimiento del sistema de salud. Las estrategias son las siguientes (SSA, 2001) :

**1. Vincular la salud con el Desarrollo Económico y Social**

- Fortalecer la acción comunitaria a favor de la salud
- Promover la educación saludable
- Promover la perspectiva de género en el sector salud
- Impulsar políticas fiscales saludables
- Fortalecer la salud ambiental

**2. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres**

- Mejorar la salud y la nutrición de los miembros de los pueblos indígenas
- Controlar la tuberculosis
- Controlar las enfermedades transmitidas por vector, dengue y paludismo
- Disminuir los casos de cáncer cérvico-uterino
- Atender otros problemas relacionados con el rezago

**3. Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades**

- Disminuir la prevalencia de diabetes
- Controlar las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión
- Fortalecer la prevención y tratamiento de la insuficiencia renal crónica
- Promover el trasplante como un alternativa accesible

- 
- 
- Disminuir la adicción al tabaco, alcohol y drogas
  - Atender los problemas en salud mental
  - Prevenir y controlar las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH-SIDA
  - Garantizar la disponibilidad de sangre humana segura
  - Fortalecer la prevención y rehabilitación de las discapacidades
- 4. Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud**
- Definir códigos de ética para los profesionales de salud
  - Definir y hacer explícitos los derechos de los usuarios de los servicios de salud y de los prestadores de servicios médicos
  - Establecer un sistema de seguimiento y respuesta a quejas y sugerencias
  - Establecer sistemas de reconocimiento del buen desempeño
  - Promover el uso de guías clínicas
  - Promover la certificación de los profesionales y establecimientos de salud
  - Reforzar el arbitraje médico
- 5. Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población**
- Consolidar la protección básica y promover un seguro de salud popular
  - Promover y ampliar la afiliación al seguro social
  - Ordenar y regular el prepago privado
- 6. Construir un federalismo cooperativo en materia de salud**
- Establecer nuevos mecanismos para la asignación equitativa de recursos
  - Culminar la descentralización de la SSA
  - Consolidar la desconcentración de los servicios de salud del IMSS
  - Reforzar el papel coordinador del consejo nacional de salud
  - Municipalizar los servicios de salud
- 7. Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud**
- Fortalecer la coordinación intra e intersectorial
  - Promover la cooperación internacional
  - Reforzar la política de acceso y consumo razonado de medicamentos
  - Proteger a la población contra los riesgos sanitarios
- 
-



- 
- 
- Fortalecer el sistema Nacional de Información de Salud
  - Crear un Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud
  - Fortalecer la capacidad de evaluación del Sistema Nacional de Salud
- 8. Avanzar hacia un modelo integrado de Atención a la salud**
- Reorientar las condiciones de Salud al medio familiar y comunitario
  - Fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel de atención
  - Crear organismos de compensación entre el gobierno federal y las entidades federativas
  - Optimizar la capacidad instalada
  - Crear redes virtuales para la prestación de servicios de salud
- 9. Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención**
- Ampliar la participación de los ciudadanos en los órganos de decisión
  - Ampliar la libertad de elección en el primer nivel de atención
  - Garantizar la atención a los grupos de autoayuda y grupos representantes de la sociedad civil
  - Propiciar la rendición de cuentas haciendo accesible la información pública a los ciudadanos
- 10. Fortalecer la investigación en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud.**
- Fortalecer la calidad de la educación de los profesionales de la salud
  - Fortalecer la capacitación de los recursos humanos para la salud
  - Diseñar y promover un servicio civil de carrera en el sector salud
  - Fortalecer la investigación y el desarrollo tecnológico en salud
  - Telemedicina: invertir en redes
  - Utilizar los avances de la internet y el proyecto e-salud para mejorar y hacer más eficiente la práctica médica

Dentro de este contenido resulta importante destacar el énfasis que se ha dado a cuatro puntos principalmente: como concepto básico la **prevención** de los diversos problemas de salud; la participación de dos instancias que, aunque se conoce su trascendencia, no siempre

---

---

son tomadas en cuenta, la **familia y la comunidad**, y por último la **atención a la salud mental** a la cual no se le había concedido la debida importancia en el mantenimiento de la salud.

El reconocimiento de estos aspectos es un gran avance en el sistema de salud, sin embargo es necesario recalcar que si sólo se modifican los grandes ecosistemas a través de medidas globales (infraestructura de comunicación, infraestructura sanitaria, cambios legislativos, etc.), como es el caso de este nuevo programa de salud, las personas no cambiarán su comportamiento en el sentido en el que se les pida o que se tenga contemplado; no porque los procedimientos de cambio sean insuficientemente potentes, sino porque tales procedimientos no aseguran que se asuman ni los objetivos ni los procedimientos de cambios. Por esta razón cabe señalar que es necesario llevar a la práctica lo plasmado en el papel y no únicamente enumerar aquello que sería bueno implementar.

Es por esto, que en el presente trabajo se engloban los puntos mencionados anteriormente: la **participación**, tanto de la **familia** como de la **comunidad** para la prevención de un problema específico como lo es la conducta de riesgo en adolescentes, razón por la cual el concepto central, en este caso, es la prevención, por lo que a continuación se abordará de manera más detallada.

### 3.3. PREVENCIÓN

Una de las estrategias que ha tomado fuerza en los últimos años en la atención a la salud, debido a sus resultados, es la prevención, la cual contempla el diseño e instrumentación de acciones específicas dirigidas al mejoramiento o fortalecimiento de la salud de la población, *antecediendo* el curso de un trastorno o enfermedad mediante la evaluación, modificación y/o eliminación de los eventos que los hacen probables (Piña y Obregón, 1982).

Pueden identificarse cuatro niveles de prevención, que corresponden a las diferentes fases del desarrollo de la enfermedad (Piña y Obregón, 1982):

- **Primordial.** Su objetivo es evitar el resurgimiento y la consolidación de patrones de vida social, económica y cultural que se sabe contribuyen a elevar el riesgo de la enfermedad. También es necesaria frente a los efectos mundiales de la contaminación atmosférica

---

---

(efecto invernadero, lluvia ácida, deterioro de la capa de ozono) y a los efectos nocivos de la contaminación urbana (enfermedades pulmonares y cardiacas).

- **Primaria.** Su propósito es limitar la incidencia de enfermedad mediante *el control de sus causas y de los factores de riesgo*. Implica dos estrategias a menudo complementarias y que reflejan dos puntos de vista sobre la etiología; puede enfocarse a toda la población con objeto de reducir el riesgo (estrategia poblacional) o sobre las personas cuyo riesgo de enfermar es alto por exposiciones particulares (estrategias de grupo de riesgo).
- **Secundaria.** Persigue la curación de los pacientes y la reducción de las consecuencias más graves de la enfermedad mediante el diagnóstico y tratamiento precoces. Comprende todas las medidas disponibles para la detección precoz en individuos y poblaciones y para una intervención rápida y efectiva. Su blanco es el período entre el comienzo de la enfermedad y el momento en que suele hacerse el diagnóstico.
- **Terciaria.** Tiene como meta reducir el progreso o las complicaciones de una enfermedad ya establecida y es un aspecto importante de la terapéutica y de la medicina rehabilitadora. Consiste en medidas encaminadas a reducir las secuelas y discapacidades, minimizar los sufrimientos causados por la pérdida de la salud y facilitar la adaptación de los pacientes a cuadros incurables.

A continuación se explicará con mayor detalle la *Prevención Primaria*, dada su importancia como medio de intervención en la elaboración del presente trabajo.

Según Caplan (citado en Fernández, 1994), la *Prevención Primaria* es un concepto comunitario que implica la disminución de casos nuevos de trastornos, en una población, durante cierto período de tiempo; contrarrestando las circunstancias perniciosas antes de que tengan ocasiones de producir la enfermedad. No se trata de evitar que enferme un individuo en especial, sino de reducir el riesgo de toda una población de manera que aunque algunos puedan enfermar, su número sea reducido. En esta misma línea, Cowen y Goldston (citados en Fernández, 1994) señalan como peculiaridades de la prevención primaria los siguientes aspectos:

---

---

a) **Objetivos Generales:**

- Reducir la incidencia de problemas de salud
- Promover la salud

b) **Objetivos específicos:**

- Promover el crecimiento sano de los individuos
- Incrementar la comprensión comunitaria de la salud mental y el conocimiento de recursos
- Incidir sobre las prácticas organizacionales
- Influenciar la política social
- Ampliar el papel de los técnicos en salud.

c) **Otros aspectos:**

- Es esencialmente para personas sanas
- Está dirigida a grupos, organizaciones y comunidades
- Emplea tecnologías diversas

Por otra parte Cowen (citado en Fernández, 1994) hace referencia a dos tipos de prevención primaria en salud mental:

a) **Prevención Primaria a nivel de sistemas:** Es aquel tipo de prevención que se dirige a reducir las fuentes de estrés e incrementar las oportunidades para vivir de forma adecuada dentro de una determinada sociedad. Se trata de luchar contra las injusticias sociales, marginales, indefensión, carencia de control, etc.

b) **Prevención Primaria centrada en la persona:** Su objetivo es realzar la capacidad de la gente para afrontar de forma exitosa eventos y situaciones estresantes. Esta prevención puede ser a su vez:

- Focalizada en la situación: Actúa sobre sujetos que sufren situaciones conflictivas y estresantes para reducir la probabilidad de que tengan consecuencias.
- Focalizada en el realce de la competencia: Desarrollar programas para proveer a grupos, todavía no afectados por una determinada patología, de competencias y

---

destrezas que refuercen sus propias capacidades adaptativas. Por estos motivos el presente trabajo puede ser considerado dentro de este tipo de prevención.

De acuerdo a Cowen (citado en Fernández, 1994) el concepto de prevención primaria es ascendente, lo cual se manifiesta en que el término aparece cada vez con mayor frecuencia. Existe una gran diversidad de publicaciones sobre su teoría y práctica, las cuales incluyen temas como: estrategias e influencias ambientales sobre prevención, competencia social en niños y adultos, facilitación del desarrollo infantil, prevención primaria de conducta delincuente, entre muchos otros. En el capítulo VI se describen algunas de estas intervenciones, llevadas a cabo con población adolescente.

Según Fernández (1994), se pueden citar algunas peculiaridades prioritarias de la prevención primaria, las cuales pueden ser vistas como ventajas en su aplicación o utilización:

- Hace énfasis no sólo en aspectos de la salud mental, sino también en la salud física, reconociendo así su interconexión.
- Reconoce las contribuciones que diversas disciplinas, incluidas dentro o fuera de la Psicología, pueden hacer a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- Es proactiva más que reactiva.
- Tiene una orientación comunitaria y no individual, ni dirigida a sujetos con disfunciones.
- Utiliza más la educación y la ingeniería social, que la terapia y la rehabilitación con instrumentos fundamentales de intervención.
- En lugar de tratar las disfunciones, intenta equipar a las personas con recursos ambientales y personales para confrontarse y superar los problemas que puedan surgir.
- Reconoce la necesidad de una sociedad más justa, es decir, una sociedad en que las necesidades humanas básicas sean satisfechas, el estrés innecesario, la competencia de cada persona maximizada, y la psicopatología y la enfermedad minimizadas.

No obstante la gran utilidad que se le otorga a la prevención primaria, existen algunas críticas o inconvenientes significativos tanto para su práctica como para su teoría. Fernández (1994) considera que aunque se eleven los estándares de vida, no siempre se reducirá la prevalencia e incidencia de la enfermedad; además se acostumbra a hacer referencia a diversos "principios de causación" que simultánea y multidimensionalmente influyen en la conducta, lo cual puede implicar que no siempre este claro sobre qué intervenir; finalmente su

---

---

---

puesta en práctica conlleva costos económicos que tienen que ser desconectados de otros presupuestos, lo cual, en circunstancias de escasez de recursos económicos, puede crear conflictos entre instituciones.

Si bien en una primera impresión estas críticas podrían llevar a conclusiones negativas acerca de las posibilidades de la prevención, el hecho es que se trata de una situación con grandes beneficios que, debido a múltiples aspectos, no se lleva a la práctica de forma continua, ya que existen una serie de barreras que dificultan realizar los programas de prevención.

Según el *Task Panel on Prevention* (1978, citado en Fernández, 1994) algunas de las barreras son las siguientes:

- Hallarse en una sociedad orientada a la crisis en la que sólo se reacciona a nivel individual.
- Los valores históricos y las tradiciones de los profesionales de salud mental han sido contruidos sobre el tratamiento (o reparación) de la enfermedad.
- Carencia de recursos económicos.
- Falta de evidencia empírica para garantizar las acciones preventivas.
- Falta de estructuras administrativas apropiadas para llevar a cabo acciones preventivas.
- Poco personal entrenado dentro de la teoría y práctica de la prevención primaria.

Signal (1983) enumera algunas otras posibles barreras para el ejercicio de la prevención:

- Pasividad por parte de los profesionales de salud para tomar acciones prácticas.
- Desgana burocrática para llevar a cabo programas de intervención.
- El excusarse en la carencia de entrenamiento o formación competente para poder poner en práctica los programas pertinentes.
- Poca coordinación entre los grupos implicados para aunar esfuerzos, lo cual da lugar a actuaciones más o menos aisladas y, generalmente, temporales.

Ahora bien, las barreras expuestas, además de otras no indicadas, no imponen un obstáculo infranqueable que impida la búsqueda de nuevas alternativas. Más bien se trata de problemas que es necesario reconocer para superarlos.

---

---

En nuestro país se reconoce la necesidad de implementar la prevención primaria para la resolución de diversos problemas que afectan a la salud de la población en general (SSA, 2001). Actualmente una de las propuestas más innovadoras en el área de promoción de la salud y prevención de la enfermedad es el Modelo Transteórico del Comportamiento en Salud (MT), debido a las posibilidades que ofrece para planear y ejecutar intervenciones a partir de las características específicas de las poblaciones o grupos objetivo (Nutbeam y Harris 1998).

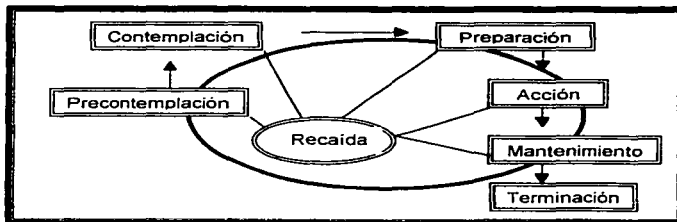
### **3.4. EL MODELO TRANSTEÓRICO DEL COMPORTAMIENTO EN SALUD**

El Modelo Transteórico del Comportamiento en Salud (MT) fue formulado por Prochaska y DiClemente en 1984, se fundamenta en la premisa básica de que el cambio comportamental es un proceso y que las personas tienen diversos niveles de motivación, de intención de cambio. Esto es lo que permite planear intervenciones y programas que responden a las necesidades particulares de los individuos dentro de su grupo social o contexto natural comunitario u organizacional.

Este modelo explica el cambio como la progresión a través de una serie de etapas (Ver esquema 1), las cuales son presentadas a continuación:

- **Precontemplación.** Etapa en la cual las personas no tienen intención de cambiar, de realizar una acción específica de cambio en su comportamiento de riesgo para la salud. Las personas en esta etapa pueden estar desinformadas o mal informadas, o bien pueden sentirse incapaces para el cambio, o no quieren plantearse debido a razones diversas; en general se comportan de forma defensiva respecto a su hábito presente y son muy resistentes a las presiones externas al cambio.
  
- **Contemplación.** Es la etapa en la que la persona tiene una intención de cambio y hará un intento formal de cambio de su comportamiento en los próximos seis meses. Las personas están conscientes de los pros de cambiar, pero aún no asumen el compromiso específico para actuar en este sentido, por lo que pueden permanecer por largos periodos de tiempo en esta etapa.

- **Preparación.** Las personas ya toman una decisión de cambio y tienen un compromiso propio para hacerlo; realizan pequeños cambios e intentan cambiar el futuro inmediato, regularmente los próximos 30 días. Además tienen un plan para actuar o participar de alguna actividad, por lo que tienen gran potencial para participar en programas orientados a la acción.
- **Acción.** Las personas realizan cambios objetivos, medibles y exteriorizados de su comportamiento, regularmente en un periodo de tiempo que varía de uno a seis meses. En general se tiene una valoración muy grande de los pros de cambiar y se demuestra un nivel mayor de auto-eficacia, sin embargo es una etapa reconocida como inestable por el potencial de recaída o la rápida progresión a la etapa de mantenimiento.
- **Mantenimiento.** Se puede decir que es la consolidación del nuevo hábito. Se caracteriza por las tentativas de estabilización del cambio comportamental ya manifestado; es un periodo de por lo menos seis meses después del cambio observable en el que las personas trabajan activamente en la prevención de la recaída. Las personas tienen cada vez menos tentación por volver al comportamiento modificado y aumentan progresivamente su auto-confianza para mantener el cambio comportamental. Esta etapa dura regularmente de seis meses a dos años.
- **Terminación.** Las personas no tienen tentaciones de ninguna naturaleza con relación al comportamiento específico que se cambió y tienen un 100% de confianza, de autoeficacia frente a situaciones que eran tentadoras.



Esquema 1. Representación de las etapas del cambio del MT



---

---

Como puede observarse, en cada una de las etapas puede haber recaídas, con excepción de la etapa de terminación, en la cual el cambio se encuentra totalmente instaurado.

Para finalizar es importante recalcar que, como se ha explicado a lo largo de este capítulo, la prevención juega un papel fundamental en el mantenimiento de la salud, principalmente la prevención primaria; razón por la cual es necesario implementarla, no sólo establecerla como un punto más dentro del Plan Nacional de Salud. Asimismo el desarrollo o aplicación de la prevención primaria resultará más efectivo siempre y cuando se tome en cuenta la participación de la comunidad.

En el siguiente capítulo se explicará con mayor detalle cuál es el papel que juega la comunidad en el mantenimiento de la salud y cuáles son algunas de las estrategias y/o modelos utilizados para lograr su participación.

---

---

## CAPITULO IV

### PREVENCIÓN PRIMARIA A NIVEL COMUNITARIO

#### 4.1. PREVENCIÓN Y COMUNIDAD

La prevención, como se ha dicho, representa el recurso más viable y lógico para transformar un presente que nos amenaza con un futuro devastador en cuanto a la salud física, mental, social y ambiental de nuestro planeta. Esta transformación debe contemplar, sin duda, la participación de cada uno de los miembros de la comunidad en la que se desenvuelven, en una forma activa, participativa y no sólo receptiva o indiferente.

La participación de los miembros de la comunidad en la prevención es prioritaria, ya que es precisamente, en el ambiente social donde se generan los riesgos (ver capítulo II). Dicha importancia ha sido destacada en las diferentes declaraciones sobre salud, desde Alma-Ata (1978) hasta Jakarta (1997) y México (2001).

En la declaración de Alma-Ata (1978 citada en ICEPSS, 1999), se mencionó que "el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud".

Posteriormente, en la Carta de Ottawa, elaborada en la I Conferencia Internacional de Promoción de Salud (Ottawa, 1986; citada en ICEPSS, 1999) se afirmó que la promoción debería tener al menos cinco grandes áreas estratégicas, de las cuales se destacan las siguientes:

1. **El fortalecimiento de la organización y participación comunitaria.** El desarrollo de la participación genuina de la ciudadanía en todas las etapas de los programas diseñados para promover la salud se considera como una de las estrategias indispensables para obtener éxito e impacto. El proceso de promoción de la salud tiene en cuenta que la población es el principal actor que se constituye en el sujeto y no sólo objeto del proceso.

---

---

**2. El desarrollo de habilidades personales; empoderamiento, destrezas y potencialidades individuales.** Empoderar describe el proceso mediante el cual los individuos y la población colectivamente se fortalecen, se apoderan de conocimientos y destrezas que los habilitan para que se tomen decisiones informadas acerca de su salud.

Finalmente en Jakarta, Indonesia, (1997; citada en ICEPSS, 1999) se realizó la 4ª Conferencia Global de Promoción, en la cual se destaca nuevamente la necesidad de incrementar la capacidad comunitaria y el empoderamiento individual, además de promover la responsabilidad social de la salud. Estos postulados son muy parecidos a los mencionados en México y en la Carta de Ottawa.

#### **4.2. CONCEPTO DE COMUNIDAD**

De acuerdo a San Martín y Pastor (1988), una comunidad es el conjunto de grupos de población que viven juntos en un lugar, urbano o rural, en condiciones específicas de organización y de cohesión social y cultural. Sus miembros están ligados, en grados variables, por características (étnicas, culturales, profesionales, etc.) y/o por intereses y aspiraciones comunes; además la comunidad puede ser o no autosuficiente.

De acuerdo a un análisis de diversas definiciones sobre comunidad (San Martín, y Pastor, 1988), se pueden citar algunas características comunes a ellas:

- Grupos de población organizados e interrelacionados
- Coexistencia en una zona o región geográfica (urbana, rural o mixta) bien delimitada (comunidad geográfica)
- Un cierto grado de interacción producido a través de experiencias comunes y de actitudes y comportamientos sociales similares
- Un cierto grado de comunidad funcional, económica
- Un cierto grado de consciencia de la unidad (étnica, cultural, social) local
- Un cierto grado de unidad en la acción colectiva, particularmente en los grupos
- Existencia de instituciones sociales más o menos desarrolladas, entre las que se cuentan como importantes, localmente, la educación, la salud, la justicia, la administración local, etc.

---

---

Todas estas características pueden ser aprovechadas para el beneficio de la propia comunidad, sin embargo, no siempre es posible contar con la participación de sus miembros, lo cual, obviamente, constituye el proceso central en cualquier intento de prevención en la comunidad.

#### 4.2.1. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Este concepto se refiere a que la comunidad a nivel local, debe conocer y asumir cierta responsabilidad en la identificación, valoración y solución de los problemas comunales, porque es a ella, y a cada uno de los grupos e individuos que la componen, a quién más le interesa solucionar esos problemas y satisfacer sus necesidades en salud; Esta participación puede hacerse a varios niveles (central, regional, local o comunal), pero es a nivel local donde ella se puede realmente desarrollar en una forma directa, informada y total, así como individual (San Martín, y Pastor, 1988).

Para que la participación sea efectiva, se requieren, por lo menos, dos condiciones adicionales: que exista voluntad para la participación en el nivel político, y que esta voluntad se traduzca en el diseño de una verdadera política de participación que incluya a todos los sectores de la comunidad (San Martín, y Pastor, 1988).

Por lo que se refiere a la participación de la comunidad en los planes de salud, deben tenerse en cuenta los siguientes elementos (San Martín, y Pastor, 1988):

- Participación de toda la población
- Los servicios de salud, así como los organismos que toman las decisiones a alto nivel
- El ambiente social total en el que vive la población
- El contenido de la participación, es decir, las acciones concretas a que ella dará lugar
- Los diferentes niveles de la participación: nacional, regional, local
- Los mecanismos de la participación: consulta, decisión
- Los recursos necesarios para obtener el éxito esperado
- La educación para la salud concebida como instrumento para la participación

---

---

En resumen, la eficacia de los programas de salud incrementa en la medida en que la gente cambie de un comportamiento pasivo y dependiente a otro activo, consciente, interesado en los problemas de su salud, tanto individual como comunal (San Martín, y Pastor, 1988).

Es necesario mencionar que si bien la comunidad puede, con la ayuda del equipo comunal de salud, reconocer y valorar sus problemas y necesidades de salud, la mayor parte de las veces no está en condiciones de resolverlos sin ayuda exterior a la comunidad, ya que carece de la preparación técnica adecuada, o no tiene recursos para obtenerla (San Martín, y Pastor, 1988).

#### 4.2.2. ORGANIZACIÓN COMUNITARIA

El proceso de organización de la comunidad, especialmente la formación de grupos con fines específicos, surge a menudo espontáneamente, sin necesidad de la intervención del especialista; éste sólo actúa ayudándolo, estimulándolo y haciéndolo comprensible a toda la comunidad, este proceso ha sido más utilizado en las comunidades rurales que en las urbanas, debido a que en las primeras existe mayor sentido comunitario que en las segundas; en éstas la gente no siempre tiene conciencia de ser parte integrante de la comunidad (San Martín y Pastor, 1988).

Para la organización y desarrollo de la comunidad, San Martín y Pastor (1988) mencionan siete principios básicos:

- El programa debe tener como propósito fundamental la capacitación de los individuos, a fin de hacerlos más conscientes de sus problemas y de la necesidad de buscar soluciones a través de sus propios esfuerzos.
- El programa debe ser planificado, dirigido y llevado a cabo con la participación y el consentimiento de la comunidad.
- La comunidad debe ser sensibilizada respecto a sus verdaderas necesidades, a través de una acción educativa sostenida.

- 
- Es necesario promover una actitud mental en la población respecto a su responsabilidad en los asuntos comunales.
  - Los patrones culturales de la comunidad deben ser considerados y constituir el punto de partida para los cambios deseados.
  - También es necesario constituir equipos de trabajo que aseguren la continuidad de las acciones hasta que los cambios sociales deseados se estabilicen.
  - En estos programas deben participar: la comunidad, los técnicos, los municipios y el Estado.

En estos principios se pueden destacar dos características principalmente: 1) El motivo central del desarrollo de la comunidad es la organización para la acción, por lo que la participación es, una vez más, una parte básica, y 2) Se menciona continuamente que para lograr realizar cambios benéficos en la comunidad, se requiere de la sensibilización de sus miembros, el cambio de actitudes, especialmente el cambio de conductas, etc. Por estos motivos la participación de la Psicología en la organización de la comunidad resulta básica, dado su objeto de estudio y su metodología.

### 4.3. PSICOLOGÍA COMUNITARIA

La Psicología comunitaria es el campo de estudio de la relación entre sistemas sociales – principalmente comunidades – y comportamiento humano, y de su aplicación interventiva (en lo negativo) a la resolución – preferentemente preventiva – de los problemas psicosociales y (en lo positivo) al desarrollo humano integral, desde la comprensión de los determinantes socio-ambientales de ambos y a través de la modificación racional e informada de esos sistemas sociales, de las relaciones psicosociales en ellos establecidas y del desarrollo de la comunidad; todo ello, desde la máxima movilización posible de los propios afectados como sujetos activamente participantes en los cambios, no como objetos pasivos de ellos (Sánchez, 1991).

Costa y López (1986) señalan que al llevar a cabo sus intervenciones y así lograr sus objetivos, la Psicología comunitaria toma en cuenta una serie de dimensiones, de las cuales se destacan las siguientes:

- 
- 
- **Dimensión ecológica.** El ser humano está permanentemente expuesto a la relación bidireccional con el ambiente físico, químico, biológico y sociocultural. La salud y la enfermedad, como sucesos en los individuos y comunidades, también adquieren características ecológicas.
  
  - **Dimensión participación.** La atención primaria de salud "exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud" (OMS, 1978; en Costa y López, 1988). La participación se verá favorecida si los técnicos y profesionales de la salud entrenan a los ciudadanos en la utilización de la metodología y tecnología de la ciencia del comportamiento y además si éstos obtienen resultados beneficiosos.
  
  - **Dimensión Prevención y Promoción de la Salud.** La Psicología comunitaria proclama la pertinencia y la necesidad de las acciones preventivas, con lo cual se trata de evitar anticipadamente que se produzcan comportamientos que generen problemas de salud. La promoción de la salud pretende instaurar en la historia personal de la gente, de las organizaciones y de las comunidades comportamientos que favorezcan la salud y desarrollen una cultura de la salud. Ambas intervenciones requieren de cambios; cambios en los contextos, en los medios de contacto, en las organizaciones, en los escenarios de conducta, en las instituciones, para evitar o reducir el impacto del estrés social y ambiental. Cambios en los comportamientos y factores disposicionales de la gente, de modo que reduzcan o extingan aquellos que suponen riesgo para la salud, la hagan menos vulnerable al estrés y le permita aprender habilidades para manejar eficazmente la estimulación adversa.

#### 4.4. MODELOS DE INTERVENCIÓN

Para llevar a cabo el trabajo comunitario, se requiere de una metodología fundamentada que "garantice" o haga más probable la obtención de resultados benéficos, que puedan ser medidos de forma objetiva. Por estas razones existen distintas propuestas que tratan de promover la salud y que contemplan como estrategia básica la prevención, específicamente, primaria. A continuación se revisarán dos propuestas que provienen de distintas etapas en la historia, pero de contenidos similares.

---

---

#### **4.4.1. MODELO DE COMPETENCIA SOCIAL**

Una forma de intervención, que surge como necesidad de proteger y promocionar la salud desde una orientación activa e intervencionista, es el Modelo de Competencia Social que tiene como finalidad principal optimizar cuantos recursos existan en una comunidad y en los individuos para el desarrollo de la salud. De acuerdo a este enfoque, son tres los objetivos de intervención que se deben desarrollar para reducir la incidencia de los problemas de salud (Costa y López, 1986):

- **Optimizar las redes y sistemas de apoyo natural** en su función de ayuda para el ajuste y el cuidado de la salud individual y comunitaria. Supone también desarrollar organizaciones y comunidades competentes en el campo de la salud. Propone desarrollar organizaciones para incidir en la reducción del estrés ambiental, proporcionar recursos y planificar condiciones estimulantes facilitadoras de salud, y desarrollar una percepción colectiva y comunitaria de los problemas de salud y de la promoción de la salud.
  
- **Optimizar el sistema de apoyo profesional** en su función de ayuda haciéndolo más accesible y competente. Garantizar una adecuada planificación y distribución de los dispositivos de servicios de salud en función de las necesidades de la comunidad, así como mejorar las destrezas y conocimientos de los recursos humanos que proporcionan estos servicios.
  
- **Optimizar las destrezas, habilidades y recursos personales de la gente**, para prevenir el comienzo de conductas específicas mal adaptativas y facilitar el desarrollo y el ajuste personal, asegurar que la población de alto riesgo, no sucumba ante las circunstancias y condiciones desadaptativas e indeseables, ayudar a los individuos a manejar y enfrentarse con las transiciones del desarrollo y circunstancias problemáticas de su vida, promover comportamientos facilitadores de salud, y desde luego atender aquellos sectores de la población que por su situación ofrecen mayor vulnerabilidad.



---

---

#### 4.4.2. PAQUETE DE HERRAMIENTAS COMUNITARIAS (CTB)

Otra propuesta de intervención es el Paquete de Herramientas Comunitarias (Community Tool Box, CTB), de la Universidad de Kansas. Este programa es un conjunto de estrategias de detección y evaluación de recursos y condiciones de vida que caracterizan a una comunidad. Tiene como objetivos identificar el contexto comunitario, informar a la comunidad acerca de los recursos de los que dispone, identificar factores protectores y de riesgo que afecten su sano funcionamiento y diseñar e instrumentar un plan de acción que promueva y mantenga la salud comunitaria (CTB, 2002)

El CTB (2002) propone un modelo para el cambio en la comunidad, que se caracteriza por los siguientes componentes :

- I. Contexto comunitario y planeación.- Conocer experiencias y contingencias (que mantienen cierta conducta). Para lo cual es necesario conocer las expectativas de la gente de la comunidad, su aprobación o resistencia, las demandas familiares, los problemas que existen y el contexto social y político.
- II. Acción comunitaria e Intervención.- Se refiere a las acciones que se llevarán a cabo con el fin de promover el cambio.
- III. Comunidad y sistemas de cambio.- La meta del programa de acción es acercar a la comunidad con sus sistemas de cambio, es decir, con aquellas personas o recursos que generen un cambio más rápido.
- IV. Factores de riesgo y protectores para cambios de conducta amplios. El reconocimiento de estos factores pueden favorecer o no el cambio; para que el cambio sea favorable se pueden incrementar los factores protectores y decrementar los de riesgo. Por esta razón, en esta tesis, se detectaron mediante el diagnóstico comunitario, algunos de los factores de riesgo importantes para el desarrollo de la intervención.
- V. Resultados a largo plazo.- Se refiere a la meta final del programa o intervención, la cual deberá ser evaluada.

---

Las técnicas y procedimientos utilizados para alcanzar estos objetivos son: manejo de grupos de trabajo comunitario, organización de grupos focales, promoción de inversiones de sociedad colaborativa, reuniones de reflexión, revisión de estudios e investigaciones previamente desarrolladas, entrevistas y cuestionarios informales, así como mapeo de recursos. Se utilizan mediciones de línea base e indicadores cuantitativos (CTB, 2002).

Se benefician de este trabajo aquellos ciudadanos quienes experimentan el problema, los proveedores de servicios, los líderes de la comunidad y todos aquellos profesionales que trabajan en programas comunitarios (CTB, 2002).

Estas dos propuestas, explicadas brevemente, poseen puntos en común como la prevención y la participación de la comunidad, además destacan el cambio en la conducta mediante la identificación de los factores protectores y de riesgo, en conjunto con la enseñanza de habilidades o destrezas que permitan desarrollar una intervención global.

Otro de los puntos en común, prioritario en el modelo de competencia social y básico en las tácticas del CTB, es aquel que se refiere al manejo de los grupos de riesgo, dependiendo del problema sobre el cual se requiere intervenir.

Por esto, en esta ocasión, de acuerdo a la problemática que nos preocupa (conductas de riesgo) y a los factores de riesgo encontrados en el diagnóstico comunitario, nuestro grupo más vulnerable es el de adolescentes, el cual posee gran diversidad de características que, dada su importancia, serán revisadas más ampliamente en el siguiente capítulo.

---

---

## CAPITULO V

### LA ADOLESCENCIA

#### 5.1. CONCEPTO

El diccionario de Psicología de Albert C. Merani (1979), define la adolescencia como "el periodo de crecimiento y desarrollo que transcurre entre la pubertad y la edad juvenil. Su aparición esta señalada por la pubertad, pero representa un proceso continuo y mas general que abarca tanto el plano somático como el psíquico, el cual se prosigue durante varios años, hasta la formación completa del adulto. Independientemente del aspecto biológico del fenómeno y de las transformaciones psíquicas existe una gran influencia del ambiente social y cultural.

Las sociedades occidentales y las publicaciones que han inspirado definen la adolescencia como el período de transición entre la niñez y la edad adulta, caracterizado por umbrales de desarrollo físico, mental, emocional y social. Es una etapa en que los niños pasan de un estado de dependencia socioeconómica total a otro de relativa independencia (Henríques y Yunes, 1993).

Desde el punto de vista de la biología, la persona se convierte en adolescente cuando es capaz de reproducirse. Por lo general a esto se le conoce como el inicio de la pubertad, pero en realidad este periodo principia con la acción de las hormonas sexuales que producen la aparición de las características sexuales secundarias. Las variaciones individuales en el principio de la actividad hormonal son tan marcadas que sería imposible establecer la edad específica del comienzo de la pubertad. En la mayoría de los niños esta edad fluctúa entre los 10 y los 15 años, y en las niñas, generalmente entre los 9 y los 14 años. En realidad en cada individuo la pubertad es un proceso gradual que abarca desde el principio de la acción hormonal hasta el logro de la completa madurez sexual (Horrocks,1986).

Horrocks (1986), sostiene que la adolescencia finaliza cuando el individuo alcanza su madurez emocional y social, y cuando ha cumplido con la experiencia, capacidad y voluntad requeridas para escoger entre una amplia gama de actividades y asumir el papel de adulto, según la definición de adulto que se tenga y la cultura donde viva. Esto significa que, para algunos, la adolescencia nunca termina; asumen el rol de adolescente durante el resto de su

---

---

---

---

vida. Sin embargo, para la mayoría, se puede decir que este período finaliza al llegar a los 20 años, aunque para algunos termina poco antes.

## 5.2. CARACTERÍSTICAS GENERALES

### 5.2.1 DESARROLLO FÍSICO Y FISIOLÓGICO

La pubertad comienza cuando en un determinado momento biológico, la glándula pituitaria envía un mensaje a las glándulas sexuales de una persona joven la cual empieza a segregar hormonas. En las niñas el estrógeno y en los muchachos el andrógeno (Fernández, 1997).

Las niñas comienzan a presentar el cambio a los 9 ó 10 años, la edad promedio para que los muchachos entren en la pubertad son los 12 años, no obstante estos cambios pueden pasar antes o después (Fernández, 1997).

Las características sexuales primarias son los órganos necesarios para la reproducción. El principal signo de madurez sexual en las niñas es la menstruación; en los muchachos es la presencia de espermatozoides en la orina (Fernández, 1997), (Ver cuadro 1).

Las características sexuales secundarias son signo fisiológico de madurez sexual que no incluyen en forma directa los órganos sexuales (Fernández, 1997), (Ver cuadro 2)

<b>Femeninas</b>	<b>Masculinas</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ovarios</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Testículos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Trompas de Falopio</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pene</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Utero</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Escroto</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Vagina</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vesículas seminales</li></ul>

**Cuadro 1.** Características sexuales primarias

Mujeres	Hombres
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crecimiento de los senos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crecimiento del vello púbico</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crecimiento del vello púbico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crecimiento del vello axilar</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crecimiento del vello axilar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crecimiento del vello facial</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor actividad de glándulas sebáceas y sudoríparas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor actividad de glándulas sebáceas y sudoríparas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crecimiento corporal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crecimiento corporal</li> </ul>

**Cuadro 2.** Características sexuales secundarias

## 5.2.2. DESARROLLO COGNOSCITIVO

En la teoría del desarrollo cognoscitivo de Piaget, el sello del cambio cognoscitivo de la adolescencia es la aparición del *pensamiento operacional formal*. Esta nueva forma de procesamiento intelectual es abstracta, especulativa y libre del medio inmediato y las circunstancias. Consiste en pensar acerca de las posibilidades así como en comparar la realidad con cosas que pueden o no ser. El pensamiento operacional formal requiere de la capacidad de formular, probar y valorar hipótesis; comprende la manipulación no sólo de los elementos conocidos y verificables, sino también de aquello que contraría los hechos (Craig, 1997).

Se acepta que no todos los individuos pueden pensar en términos de operaciones formales. Más aún, los adolescentes y adultos que alcanzan este nivel no siempre lo mantienen. También tienen su parte los factores culturales y socioeconómicos, en especial el grado de educación (Craig, 1997).

Por su parte los teóricos del procesamiento de información recalcan el progreso del adolescente en aquellas habilidades conocidas como metacognición, que comprenden la capacidad de reflexionar acerca del pensamiento, elaborar estrategias y planificar. Gracias a

---

estas nuevas destrezas cognoscitivas, los adolescentes aprenden a examinar y alterar de manera consciente sus procesos de pensamiento (Craig, 1997).

Para estos teóricos, el desarrollo cognoscitivo de la adolescencia comprende lo siguiente (Craig, 1997):

1. Empleo más eficiente de los componentes separados del procesamiento de la información, como la retención en la memoria, y la transferencia de ellos.
2. El desarrollo de estrategias más complejas para distintas formas de resolución de problemas.
3. Formas eficaces de adquirir información y almacenarla de manera simbólica.
4. El desarrollo de funciones directrices de nivel superior, incluidas la planeación, la toma de decisiones y la flexibilidad para elegir estrategias de una fuente más amplia (Sternberg, 1988 citado en Craig, 1997).

De acuerdo a Craig, (1997) los adolescentes también muestran una creciente habilidad para planear y pensar de antemano, son más eficientes para solucionar problemas y hacer inferencias que los niños en edad escolar; pero también poseen una gama más amplia de guiones o esquemas a los cuales apelar. Los niños confeccionan guiones sencillos para las actividades cotidianas. Los adolescentes preparan otros más complicados para circunstancias especiales o procedimientos.

### 5.2.3. DESARROLLO MORAL

De acuerdo con Kohlberg (1981, 1984 citado en Craig, 1997), los adolescentes se encuentran en el nivel convencional del desarrollo moral, basado en la conformidad social, (etapa 3 y 4). La etapa 3 se refiere a la moralidad del "buen chico para mantener buenas relaciones, aprobación de los otros, existe la conformidad para evitar la desaprobación o rechazo. En la etapa 4 el adolescente desarrollará una moralidad para mantener la autoridad, la

---

conformidad es necesaria para evitar la censura de las autoridades legítimas, con la culpa resultante.

Según Craig (1997), los adolescentes se ven obligados a confrontar aspectos de la moralidad que nunca habían encarado. Por ejemplo ahora que son capaces de tener relaciones sexuales, deben decidir lo que el sexo significa para ellos y si desean practicarlo o no antes de casarse. Han de valorar la conducta y actitudes de compañeros que tal vez están relacionados con las drogas. Tienen que elegir si es importante desempeñarse bien en la escuela, qué opinan de ajustarse a los valores de su sociedad etc. Así los adolescentes comienzan a alejarse de los estrechos intereses hacia las cuestiones más amplias que definirán sus años adultos.

#### 5.2.4. FORMACIÓN DE LA IDENTIDAD

De acuerdo a Erikson (1968 citado en Craig, 1997), la principal tarea de esta etapa de la vida es resolver el conflicto de la *identidad versus difusión del ego*. Antes de la adolescencia los niños aprenden numerosos roles: estudiante, amigo, hermano mayor, hijo, etc., y es importante que los integren en una identidad consistente. Los adolescentes buscan valores y actitudes básicas para pasar por estos roles; si fallan en la integración de una identidad central o no pueden resolver un conflicto grave entre dos roles principales con sistemas de valores opuestos, el resultado es lo que Erikson llama la difusión del ego.

La virtud que debe presentarse es la fidelidad, es decir, lealtad a toda prueba, confianza o sentimientos de entrega al ser amado, a los amigos o a los compañeros, también implica identificarse con una serie de valores, ideología, una religión, un movimiento político o un grupo étnico. El amor forma parte importante en el camino hacia la identidad ya que permite que el adolescente exponga su propia tentativa de identidad que se ve reflejada en el ser amado y le ayuda a clarificar el yo (Craig, 1997).

James Marcia (1980 citado en Craig, 1997) definió cuatro diferentes *modos o estados de identidad: exclusión, difusión, moratoria y consecución de la identidad*. Los adolescentes que se encuentran en el estado de exclusión han hecho compromisos sin pasar por el periodo de toma de decisiones. Han elegido una ocupación, una orientación religiosa o un punto de vista

---

ideológico, pero se trata de decisiones precoces y determinadas por padres y maestros antes que por ellos mismos.

Los jóvenes que carecen de un sentido de dirección y que parecen estar un poco motivados para encontrar una están en el estado de difusión. No han sufrido una crisis, ni elegido una ocupación o un código moral; simplemente evitan el tema. Algunos buscan gratificaciones inmediatas; otros experimentan sin método con todas las posibilidades (Coté y Levine, 1988 citado en Craig, 1997).

Los adolescentes o adultos jóvenes en el estado de moratoria se hallan a la mitad de una crisis de identidad, un periodo de toma de decisiones acerca de por ejemplo, alternativas ocupacionales, valores éticos o religiosos o ideologías políticas. Quienes pasan por este estado se preocupan por "encontrarse" (Craig, 1997).

El estado de consecución de la identidad lo alcanzan aquellos que han pasado por la crisis y han hecho sus compromisos. En consecuencia, aspiran a un empleo de su propia elección y tratan de conducirse de acuerdo con el código moral que han formulado (Craig, 1997).

#### 5.2.5. GRUPOS DE REFERENCIA

Los adolescentes extraen muchas de sus ideas acerca de papeles y valores de grupos de referencia, que puede constar de individuos cercanos a los muchachos o de grupos mayores con los que comparten actitudes e ideales, grupos religiosos, étnicos, generacionales o de interés. Cada cual se compara con el grupo de referencia —amplio o estrecho y se topa con valores que acepta o rechaza (Craig, 1997).

Para el presente trabajo es importante mencionar la importancia de dos grupos de referencia, la familia y el grupo de pares.

La *familia* es el primer grupo con el que el adolescente se enfrenta por tener que cumplir con diversas exigencias, su incipiente necesidad de autonomía y de definición personal normalmente origina conflictos en la familia, o por lo menos, hace preciso hablar de ciertos



---

---

temas con los padres. La mayor parte de los conflictos se centra en general en asuntos como los quehaceres domésticos, la hora de volver a casa, las citas, las calificaciones, la apariencia personal, el grupo de amigos y los hábitos alimenticios (Craig, 1997).

El problema radica en que tanto los padres como los hijos afrontan la difícil tarea de que estos últimos se independicen de los primeros. Cabe mencionar que las relaciones familiares son importantes en la adaptación, socialización y demás aspectos psicosociales que enfrenta el individuo, a pesar de que en este periodo se presenta una devaluación de los padres de familia ante los ojos del joven, ya sea por ser los precursores de la autoridad y los mismos representantes de la dependencia (Hurlock, 1987).

El adolescente se va alejando de su familia debido a que tiene mayor probabilidad de conflicto con ella, por deseos contradictorios tanto de dependencia como independencia. El amor al grupo familiar llega a mezclarse con hostilidad y aparece un conflicto entre los valores familiares, el comportamiento que exige el nuevo grupo social al cual se esta incorporando y la cultura externa; por lo tanto se le dificultará compartir sus sentimientos con sus padres, por falta de comprensión familiar a pesar de realizar un esfuerzo (Hurlock, 1987).

El convivir con un adolescente se puede convertir en una lucha constante por tratar de mantener el control sobre él. ¿Quién será el más listo? ¿Quién puede ganar los padres o el hijo?. La convivencia constructiva se toma imposible en ocasiones; tal vez por el objetivo de "ganar y derrotar" para estar seguros de ser el mejor (Hurlock, 1987).

La familia a la que pertenece un adolescente puede ser distante, poco permisiva, rígida, donde los padres no saben establecer límites adecuados, en donde se permite que el joven manipule y los someta a su control; o bien que la familia impida que el joven crezca y se desarrolle a través de la sobreprotección. Si el joven vive una situación familiar poco gratificante, asfixiante, devaluada o excesivamente permisiva (en donde se percibe solo, y sin apoyo ni comprensión) es probable que trate de cambiar esta situación abandonando la escena y buscando en otro lado la compañía necesaria, ya sea abusando del alcohol, recurriendo a la drogadicción, peleando, delinquiendo, buscando constantemente la diversión a través de actividades sexuales (generalmente sin protección), en forma promiscua o siendo blanco de abuso sexual de otros (Hurlock, 1987).

---

---

Noller y Callan (1991) hicieron una amplia revisión de la influencia de la familia en la vida del adolescente, y concluyeron que la familia es importante para la mayoría de los adolescentes durante toda su vida ya que su ajuste social y emocional es mejor cuando éstas son cohesivas, expresivas y organizadas, y fomentan la independencia de sus miembros. De manera inversa, tienden a desajustarse cuando perciben que en su familia hay muchos conflictos y demasiado control. Además, una comunicación eficaz en la familia es un determinante crucial para su bienestar. De la misma manera, Villatoro, et al. (1997), afirman que es menos probable que los adolescentes que experimentan afecto en su familia sean influenciados por su grupo de amistades y se involucren en problemas de conducta.

El segundo grupo de referencia importante en esta etapa es el *grupo de pares*, ya que es común en esta etapa que los adolescente formen grupos a los que guardan fidelidad estricta, adquieran sus propias normas, dando mayor importancia a la moda, baile, música, vocabulario, salidas, etc. y oponen resistencia a la influencia adulta (Hurlock, 1987). Los adolescentes generalmente buscan apoyo del grupo de pares para enfrentar las transformaciones físicas, emocionales y sociales de su edad, y se entiende que sean más proclives a buscarlo entre quienes pasan por las mismas experiencias (Craig, 1997).

Sobre el fuerte sentimiento de solidaridad en los grupos, Erikson (1959, citado en Craig, 1997) considera que tanto los sentimientos gregarios como la propia tolerancia de las diferencias —incluso en estilos de vestido, lenguaje, gestos, etc. constituyen una defensa necesaria— contra los peligros de autodifusión que existe durante este período. Con frecuencia el adolescente inventa sus propios ritos de entrada a un grupo, por ejemplo, beber hasta perder la conciencia o someter a prácticas más rudas a los que deseen ingresar a un grupo estudiantil.

Csikszentmihalyi y Larson (1984) realizaron un estudio en el que encontraron que los adolescentes pasan mucho más tiempo con sus camaradas que con adultos. Mientras dedican alrededor de una quinta parte de sus horas a padres y hermanos, pasan la mitad del tiempo con amigos y condiscípulos y una cuarta parte a solas. Según los investigadores, el tiempo que emplean con sus compañeros tiende a incrementarse a lo largo de la educación media.

Las redes de compañeros son esenciales para el desarrollo de las habilidades sociales de los adolescentes. La igualdad recíproca que caracteriza sus relaciones también ayuda a fomentar respuestas positivas a las diversas crisis que estos jóvenes encaran (Hawkins y

---

---

---

---

Berndt, 1985). Los adolescentes aprenden de sus amigos y coetáneos las conductas que la sociedad recompensa y los papeles que mejor les va. La competencia social es un elemento capital en su habilidad para establecer nuevas amistades y mantener las viejas (Craig, 1997).

---

---

## CAPITULO VI

### PROBLEMAS COMUNES DURANTE LA ADOLESCENCIA

#### 6.1. SALUD EN LOS ADOLESCENTES

Los problemas de salud de los adolescentes suelen ser muy distintos de los que surgen en otras edades. Las tasas de mortalidad y morbilidad en la adolescencia parecen ser bastante bajas en comparación con las observadas en otras etapas de la vida. (Henriques y Yunes, 1993).

La evaluación del perfil de salud de los adolescentes muestra la incidencia de problemas como el uso de drogas, consumo de tabaco y alcohol, accidentes, suicidios, fugas, deserción escolar, embarazos, enfermedades de transmisión sexual (EST), comportamiento delictivo, etc., problemas que tienen la particular y relevante característica de ser desencadenados por factores externos y conductuales (Krauskopf, 1995).

Esta tendencia dio lugar al énfasis en el estudio de los adolescentes en riesgo, y se crearon numerosos programas verticales como respuestas separadas a cada riesgo o daño: drogas, accidentes, ETS/SIDA y embarazo, sin articular un plan que atendiera la salud integral en la adolescencia. Las experiencias mostraron que los problemas se relacionaban y que además del daño y los comportamientos de riesgo, existían factores protectores por lo que los enfoques comenzaron a enriquecerse (Donas, 1992).

El enfoque de riesgo, aplicado a la adolescencia, ha destacado particularmente las conductas riesgosas de los propios jóvenes como factor que conduce a la morbimortalidad. Como lo señala Irwin (1990): "Los comportamientos asociados a la mortalidad y morbilidad predominantes en la adolescencia comparten un tema en común: la toma de riesgos".

Las conductas juveniles que se han identificado como factor de riesgo son: las relaciones sexuales, particularmente precoces, sin protección y con múltiples parejas; el consumo intensivo de alcohol y otras drogas, incluido el tabaco; la conducción de vehículos a edades

---

---

tempranas y sin utilización de los elementos de protección (cinturón de seguridad, casco en el caso de las motocicletas), en estado de ebriedad o siendo pasajero de un conductor ebrio y propensión a peleas físicas, particularmente los portadores de armas blancas o de fuego (Department of Health and Human Services, 1994).

Se ha establecido que en la adolescencia los comportamientos específicos que favorecen los daños de la salud se encuentran interrelacionados. Weinstein (1992), señala además que "existen ciertos circuitos de riesgo y que el joven que ha ingresado a uno de ellos va adicionando vulnerabilidad de distinto origen". Irwin (1990), reporta estudios de diversos autores que observan la relación entre el alcohol, consumo de cigarrillos y accidentes vehiculares. El consumo de alcohol es considerado también un predictor de ingestión de drogas ilícitas y actividades de sexo no protegido. Silber (1992), concuerda con esta posición al señalar que una conducta juvenil aislada como fumar, puede ser el preanuncio de otras conductas de alto riesgo a corto plazo y sugiere que en tales circunstancias es recomendable evaluar más atentamente la posibilidad de uso de otras drogas, relaciones sexuales desprotegidas y tipificar los grupos de pares. Agrega que las conductas de alto riesgo ocurren con más frecuencia en adolescentes con un perfil psicológico "caracterizado por agresividad, excesivo énfasis con respecto a la independencia personal y la tendencia a actividades desviadas".

Es importante destacar que el inicio de ciertas actividades se torna un predictor más serio de riesgo cuando ocurre a menor edad. Así Weinstein (1992), destaca la incorporación temprana al empleo, al desempeño de trabajos marginales, la deserción temprana de la escuela, la iniciación sexual a menor edad. Al respecto, Bejarano y Jiménez (1993) destacan el inicio de la carrera alcohólica en las primeras fases de la adolescencia como un predictor de agravamiento y otras adicciones en el futuro.

Por otro lado, Rutter (1987) señala que un mismo factor puede ser de riesgo y/o protector (por el desarrollo de nuevas actitudes y destrezas) según las circunstancias. Esto es, la reducción del impacto a la vulnerabilidad se produce al comprender más ampliamente el significado de peligro, haber tenido gradual exposición a este tipo de situaciones con posibilidad de responder efectivamente o contar con el respaldo necesario y aprender a desarrollar alternativas de respuesta que no sean destructivas y recibir de adultos significativos los modelajes apropiados para el desarrollo de respuestas para la solución de problemas que

---

---

---

---

son parte del devenir humano. En un estudio efectuado en Costa Rica se pudo constatar que los adolescentes en cuyos hogares se comentaban los problemas que cualquier miembro afrontaba y se conversaba habitualmente sobre alternativas reales de solución o enfrentamiento, desarrollaban un mayor sentido de competencia para conducirse en situaciones adversas (Krauskopf, 1995).

Entre de los factores personales protectores que pueden ser fomentados se encuentra la posibilidad de establecer una autoestima positiva, basada en logros, cumplimiento y reconocimiento de responsabilidades, oportunidades de desarrollar habilidades sociales, cognitivas y emocionales para enfrentar problemas, tomar decisiones y prever consecuencias, incrementar el locus de control interno (esto es reconocer en si mismo la posibilidad de transformar circunstancias de modo que respondan a sus necesidades, y aspiraciones) (Krauskopf, 1995).

Con respecto a la familia es necesario que apoye el crecimiento del adolescente; confirme el proceso de individuación; pueda analizar las nuevas expresiones que emergen de los cambios en la fase juvenil sin estigmatización; resuelva las dimensiones afectivas emergentes en el marco de una aceptación dinámica del sistema familiar; comparta las necesidades de los nuevos roles y pueda, desde una perspectiva empírica, guiar, aconsejar, colaborar y supervisar. Además de promover la protección que proviene del autocuidado físico (alimentación, ejercicios, sexo seguro, etc.) del desarrollo de nuevos intereses, de gratificaciones a través de la expresión de talentos y participación social que disminuyen la exposición gratuita al riesgo y consecuentemente a dañar su salud (Krauskopf, 1995).

A continuación se describirán más específicamente los problemas sociales que en el presente estudio fueron mas significativos para la comunidad estudiada: embarazo, adicciones y pandillerismo en adolescentes así como los factores protectores y de riesgo asociados a cada uno de ellos y sus consecuencias.

---

---

## 6.2. EMBARAZO DURANTE LA ADOLESCENCIA

El embarazo durante la adolescencia constituye un problema social muy importante tanto por su frecuencia como por la serie de problemas que trae consigo (Carpintero, 1995).

Carpintero, (1995) refiere que existe una serie de factores de riesgo asociados con el embarazo durante la adolescencia, además de aquellos que corresponden a las características de nuestra sociedad.

Con respecto a las características de nuestra sociedad Carpintero (1995) hace referencia a la contradicción social que propicia una sexualidad cargada de problemas y riesgos, ya que al mismo tiempo, desde unas instancias (intereses económicos y comerciales), recurriendo fundamentalmente a los medios de comunicación de masas, los adolescentes son sobreestimulados y bombardeados continuamente con mensajes y modelos de comportamiento sexual irresponsables y nada saludables, desde otras (familia, sistema educativo, sistema sanitario...) se les niega una y otra vez la comprensión, el apoyo, la formación y los servicios que se requieren para poder decidir de forma responsable y saludable sobre su sexualidad.

Sin embargo a pesar de que estas condiciones tan negativas son prácticamente comunes para todos, no todos los que son sexualmente activos experimentan un embarazo no deseado; esto se debe a la existencia de ciertas características personales y situaciones que facilitan el que ocurra este hecho (factores de riesgo) y otras que lo dificultan (factores protectores) (Carpintero, 1995).

No existe una relación causa – efecto entre factores de riesgo y ocurrencia del embarazo ni entre factores protectores y no ocurrencia, simplemente se sabe que las personas que reúnen cada uno de los factores de riesgo tienen mayor probabilidad de experimentar un embarazo (Carpintero, 1995).

### 6.2.1. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo del embarazo durante la adolescencia, de acuerdo a Carpintero, (1995) se dividen en historia personal, y factores actuales.

---

---

---

**1. La historia personal** se refiere a ciertos acontecimientos ocurridos durante la infancia que aumentan el riesgo de embarazo no deseado durante la adolescencia. Por ejemplo:

- a) Ser hija de madre soltera.
- b) Haber sido víctima de abusos sexuales o malos tratos.
- c) Haber tenido un ambiente familiar problemático o poco afectuoso.

**2. Los factores actuales** se dividen en sociales, familiares, características de la relación afectiva y sexual, influencia del grupo de iguales, peculiaridades del pensamiento adolescente, falta de conocimientos y habilidades, factores de personalidad y situacionales y comprenden lo siguiente:

➤ *Factores sociales*

- a) *Ser soltera.*
- b) *Tener un bajo nivel socioeconómico.*
- c) *Realizar trabajos no cualificados o trabajar solamente en casa.*
- d) *No ser estudiante.*
- e) *Tener nivel bajo de estudios.*

➤ *Factores familiares*

- a) *Tener una familia disfuncional que proporcione poco apoyo emocional a los hijos.*
- b) *Tener una familia que no ofrezca confianza para hablar de la sexualidad y anticoncepción.* (Carpintero, 1995; Pick de Weiss, Atkin y Karchmer, 1998)

➤ *Características de la relación afectiva y sexual*

- a) *Que el chico ejerza presión sobre la chica para mantener relaciones coitales.* (Gershenson, 1989)
- b) *Que no se hable sobre anticoncepción.*
- c) *Que la pareja no sea estable.*
- d) *Que las relaciones sexuales sean esporádicas.*



---

---

➤ *Influencia del grupo de iguales*

- a) *Presión del grupo.* El grupo suele presionar a sus miembros para mantener relaciones sexuales, pero no para planificarse. Los que dicen no al sexo generalmente suelen recibir poco apoyo social.
- b) *Fuente de información errónea.* El grupo es una fuente muy importante de información, pero mucha de la referida a la sexualidad es errónea.

➤ *Peculiaridades del pensamiento adolescente*

*Los adolescentes, dada la etapa evolutiva en que se encuentran, tienden a asumir más riesgos que los adultos, a fijar metas a corto plazo, a conceder mucha más importancia a las consecuencias inmediatas que a las futuras y a tener dificultades para conectar su comportamiento actual con las consecuencias futuras.* Esto favorece que en sus relaciones asuman más riesgos y concedan mucha más importancia a la satisfacción del momento (que es cierta y actual) que a la posibilidad del embarazo (que es una posibilidad y además se ve muy lejana en el tiempo) (Carpintero, 1995).

Por otro lado, a pesar de que muchos de ellos adquieren la capacidad de razonar de un modo abstracto o formal, es frecuente que realicen razonamientos bastante ilógicos sobre algunos aspectos de la vida (Carpintero, 1995).

➤ *Falta de conocimientos y habilidades*

- a) *Falta de conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción.* Estos conocimientos son necesarios para tomar conciencia de las posibilidades y responsabilidades que conlleva la sexualidad. Sin ellos es difícil una sexualidad sana y responsable (Carpintero, 1995).
- b) *Creencias erróneas.* Como el que no hay posibilidad de embarazo la primera vez que se realiza el coito, o si se realiza en ciertos días del mes o en ciertas posturas son algunas creencias que aumentan las posibilidades de comportarse de un modo peligroso (Carpintero, 1995).

---

---

c) *Falta de habilidades sociales, de comunicación y de resolución de problemas.* Estas habilidades son imprescindibles, entre otras cosas, para resistir a las presiones de los medios de comunicación, de los iguales y de la pareja para mantener relaciones sexuales en contra de los propios deseos (decir "no al sexo") o, para plantear en común la propia relación afectiva y, en su caso, sexual, de modo que ésta corresponda a los deseos y expectativas de ambos y no incluya coacciones o presiones, y para que en el caso de que se decida tener relaciones sexuales se trate en común el tema de la anticoncepción. Son necesarias también para conseguir una buena red de apoyo social, cuya existencia hace menos probable que ocurra un embarazo no deseado y, sobre todo, disminuye muchas de sus consecuencias una vez que ya se ha producido (Carpintero, 1995).

➤ *Factores de personalidad*

a) *No reconocer la posibilidad de ser sexualmente activos/as.* Los adolescentes que no se reconocen sexualmente activos piensan que lo bueno es que el sexo, incluyendo el coito, se haga sin planificación, que ocurra "espontáneamente". Por ello tienden a no utilizar anticonceptivos cuando tienen relaciones coitales (Carpintero, 1995).

b) *No respetar las normas sociales.* Los adolescentes que respetan menos las normas sociales (escapan más al control de sus padres, se fugan de casa, no asisten a clase, delinquen, etc.), tienen mayores posibilidades de iniciar sus relaciones sexuales a una edad más temprana y de asumir más riesgos en ellas.

c) *Visión negativa y errónea de la sexualidad y la anticoncepción.* La actitud negativa hacia la sexualidad o erotofobia (predisposición a valorar, sentir, pensar y actuar de forma negativa hacia todo lo relacionado con la sexualidad); la visión coitalizada de la sexualidad (esto hace que el coito se vea como meta y no se valoren otras actividades alternativas); las actitudes negativas hacia los anticonceptivos (tener opiniones y sentimientos negativos hacia todo lo relacionado con ellos y predisposición a no utilizarlos); percibir más costes que beneficios en el uso de métodos anticonceptivos y en los varones pensar que la responsabilidad de la planificación corresponde a las mujeres, dificulta que el tema se trate con la pareja y que el chico asuma su parte de responsabilidad (Fisher, Byrne y White, 1983).

---

---

➤ *Otras variedades de personalidad*

- a) *Falta de autoestima.*
- b) *Falta de autoconfianza.* No saber decir "no" al sexo.
- c) *Locus de control externo.* Atribuir el propio comportamiento a factores externos, favorece en los adolescentes el sentimiento de no ser dueños de su propio comportamiento sexual (Carpintero, 1995).

➤ *Factores situacionales.* Existen ciertas situaciones, comúnmente asociadas con las relaciones sexuales de los adolescentes, que favorecen el que éstas sean de riesgo:

- a) *Consumo de alcohol y drogas que relajan las inhibiciones y aumentan la capacidad de asumir riesgos y restar importancia a las consecuencias de los propios actos.*
- b) *Tener relaciones sexuales en lugares inadecuados (con miedo a ser descubiertos, prisa, etc.).* Además, la propia dinámica y naturaleza de la relación sexual hace que, cuanto mayor va siendo la excitación, menor importancia se conceda a las posibles consecuencias y mayores sean los riesgos que se está dispuesto a asumir (Carpintero, 1995).

### 6.2.2. FACTORES PROTECTORES

Con respecto a los factores protectores del embarazo durante la adolescencia, Lockhart, y Wodarski, en un trabajo de 1990 consideran los siguientes:

1. *Altos niveles de comunicación padres – hijos sobre actividades sexuales y control de natalidad.*
2. *Tener información correcta sobre sexualidad y anticoncepción.*
3. *Mayor rendimiento escolar.*
4. *Locus de control interno.*

A estos factores se pueden añadir el valor contrario de muchos de los factores de riesgo que se mencionaron anteriormente.

---

---

Pick, Díaz, Andrade y Atkin (1988), en una investigación que realizaron en México con 1,257 mujeres adolescentes, encontraron que las variables que se relacionaron con no tener un inicio sexual a temprana edad y el uso de anticonceptivos, una vez que se empieza a tenerlas, son las siguientes:

1. Conocimientos sobre sexualidad, anticoncepción, y embarazo.
2. Información acerca de cómo relacionarse y comunicarse con la pareja.
3. Comunicación adecuada y frecuente con la madre sobre los problemas personales del adolescente en general y sobre sexo y anticoncepción en particular.
4. Relación con ambos padres, evaluada por el adolescentes como positiva.
5. Actitudes conservadoras con respecto al sexo premarital (mostradas por el grupo que no había tenido relaciones sexuales).
6. Actitudes favorables al uso de anticonceptivos (mostradas en el grupo de usuarias de éstos).
7. Actitudes poco favorables hacia tener un bebé en la adolescencia.
8. Percepción de facilidades de acceso y economía para conseguir anticonceptivos (mostrada entre usuarios (as) de anticonceptivos).
9. Características de personalidad entre las que destacan: un bajo nivel de toma de riesgo, altas aspiraciones escolares para sí misma, deseo de tomar decisiones propias, el sentir que tiene poder sobre lo que le pasa, capacidad de decir "no" o "sí" con firmeza y de no dejarse manipular por medio del afecto. Las usuarias de anticonceptivos, además de tener estas características, son jóvenes con altos niveles de autoestima.

### 6.2.3. CONSECUENCIAS

Las consecuencias de un embarazo no deseado implican no sólo a la chica adolescente y a su posible hijo, sino también a su pareja, a los padres de ambos y a la sociedad en general. Algunas tienen efecto sólo a corto plazo, pero otras pueden afectar a más largo plazo, incluso de por vida (Carpintero, 1995).

Tradicionalmente se consideraba que un embarazo no deseado tenía para la chica sólo algunas consecuencias orgánicas con efecto limitado en el tiempo. Sin embargo, hoy sabemos que tome la decisión que tome (abortar o tener el hijo), está expuesta a importantes consecuencias no sólo orgánicas, sino también psicológicas, sociales, económicas y educativas y a que los efectos de algunas de ellas vayan mucho más allá del parto y posparto (Carpintero, 1995). En el cuadro 3 se resumen algunas de las posibles consecuencias para la madre.

	Iniciales	Corto Plazo		Medio y Largo Plazo
		Decisión de abortar	Decisión tener hijo	
<b>Orgánicas</b>		Infecciones. Hemorragias. Perforación uterina y Muerte.	Anemias, Abortos espontáneos. Complicaciones parto y posparto.	
<b>Psicológicas</b>	Estrés, ansiedad, miedo.	Tristeza, pérdida y culpabilidad.	Estrés, depresión, baja autoestima, suicidio.	Baja autoestima. Sentimientos de fracaso.
<b>Sociales económicas y educativas</b>		Rechazo social si se conoce el hecho.	Rechazo social. Matrimonios atípicos. Abandono escolar. Inseguridad social y económica.	Fracaso matrimonial. Bajo rendimiento y fracaso escolar. Penuria económica. Dificultad de emancipación. Repetición de embarazo.

Cuadro 3. Consecuencias para la madre

Con respecto a las consecuencias que afectan al hijo/a, en el caso de que la adolescente decida tenerlo, también ocurren en diferentes niveles: orgánico, psicológico, social, económico y

educativo, además sus efectos pueden ocurrir al inicio, a corto, medio y largo plazo. En el cuadro 4 se resumen algunas de las posibles consecuencias para el hijo.

	<b>iniciales (Parto y Posparto)</b>	<b>Infancia</b>	<b>Adolescencia</b>
<b>Orgánicas</b>	Prematuridad. Bajo peso. Mayor mortalidad.	Problemas de salud. Maltrato físico.	
<b>Psicológicas</b>	Menores cuidados físicos y psicológicos.	Problemas de vinculación afectiva. Abuso sexual. Baja autoestima. Maltrato, negligencia. Problemas de conducta.	Primer coito a edad más joven. Conducta antisocial. Embarazo no deseado.
<b>Sociales económicas y educativas</b>	Pocos recursos. Rechazo.	Falta de recursos. Fracaso escolar.	Conducta antisocial. Problemas con la ley.

**Cuadro 4.** Consecuencias para el hijo

Las consecuencias para el chico han sido menos estudiadas, aunque parece que depende en gran parte del grado en que se implique en el problema. En el caso de que su implicación sea grande le afectan muchas de las aquí mencionadas (Carpintero, 1995).

En relación a los padres, especialmente los de la chica, generalmente se encuentran ante una situación de rechazo social que rompe con sus expectativas sobre su propio futuro y el de la familia. Puede suceder que se sientan estigmatizados y únicos y que descarguen su frustración sobre su hija (Carpintero, 1995).

Por otro lado, si se recurre al matrimonio o no, es posible que ocurran disfunciones familiares. Entre otras muchas cosas, es frecuente que, a la vez que los padres siguen considerando a los adolescentes como hijos a los que hay que cuidar y proteger y más aún cuando han demostrado "no ser suficientemente maduros", el hijo/a de éstos se convierte en parte, desde el punto de vista de los roles familiares en hermano de sus padres e hijo de sus abuelos. Es normal, por lo tanto, que los padres desautoricen continuamente a los adolescentes en la educación de su hijo o hija (Carpintero, y col., 1995).

---

---

En cuanto a las consecuencias para la sociedad, es evidente que los efectos nocivos de una explosión demográfica no controlada se reflejan en el cual los recursos no se distribuyen uniformemente, escasean y la población demanda más servicios. Y por otro lado los riesgos asociados con la sexualidad que podría haberse evitado (Carpintero, 1995).

### 6.3. ADICCIONES

Estudios epidemiológicos como la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) de 1998 nos permiten observar que el consumo de drogas ilícitas en México, a pesar de ser un país ubicado entre los de menor consumo a nivel mundial, ha aumentado considerablemente. Ejemplo de ello es que en la comparación de los datos de la ENA de 1993 con la de 1998, la prevalencia de usuarios de sustancias ilícitas "alguna vez en la vida", se elevó de 3.9% a 5.3%; aquéllos que consumieron una droga ilegal durante los últimos doce meses, pasó de 0.75% a 1.23% y los que reportaron haber consumido este tipo de sustancias en los últimos 30 días previos a la encuesta, se incrementó de 0.44% a 0.83%.

De la Garza y Vega (1983) señalan que los adolescentes son la población de más alto riesgo en el inicio del abuso de las drogas. El período crítico de evolución que viven, les lleva a curiosear como una actitud normal de la vida. Las drogas son parte de la realidad y, por tanto, objeto de esa curiosidad. La necesidad de independencia a veces lleva a los adolescentes al consumo de drogas prohibidas por la ley. Existe evidencia de que los jóvenes prefieren utilizar sustancias ilegales como la marihuana, a diferencia de los adultos que tienden a emplear drogas aceptadas socialmente, como el alcohol. Un gesto de hostilidad, de independencia, puede instrumentalizarse a través del uso de esas sustancias.

En cuanto a la edad, diversos estudios han registrado que la edad de inicio en el consumo de alguna sustancia adictiva se ubica en una gran proporción antes de los 20 años, ejemplo de ello, son los datos de Centros de Integración Juvenil, que entre los casos registrados de ingreso, un 42% comenzó a usar drogas a una edad entre los 10 y 19 años, mientras que el 46% lo hizo entre los 15 y 19 años, lo que significa que 9 de cada 10 pacientes recibidos en esta institución iniciaron el consumo entre los 10 y 19 años (CONADIC, 2001).

Nazar, et al. (1994), realizaron un estudio en la ciudad de México y encontraron que los adolescentes de 16 a 17 años informaron una prevalencia dos veces superior de consumo de

---

---

---

---

drogas que los de 14 a 15 años, y la iniciación de alcohol precoz se asocio a un mayor consumo posterior. También se halló que la prevalencia de consumo de drogas es mayor en los adolescentes del sexo masculino (4.5%) que en las mujeres (2%). Además indican que los varones utilizan fármacos ilegales con mayor frecuencia que las mujeres, mientras que la población femenina usa las drogas médicas. Sin embargo, en los últimos años se ha observado un incremento en el número de mujeres consumidoras con respecto a los hombres.

### 6.3.1. FACTORES DE RIESGO

Entre los factores de riesgo asociados al consumo de drogas se encuentran los siguientes:

#### **1. En la comunidad**

- a) *La existencia de leyes y normas que permiten el uso de ciertas sustancias como el alcohol y el tabaco, y el incumplimiento de las que prohíben el consumo de otras sustancias como la marihuana, la cocaína, la heroína, los alucinógenos y las drogas médicas sin prescripción (Argüelles, et al. 1994).*
- b) *La disponibilidad, que consiste en las facilidades que existen en el medio para adquirir bebidas alcohólicas y otras drogas. Por ejemplo, un régimen permisivo de precios e impuestos combinados con ciertas restricciones; la producción local de algunas drogas; la condición de constituir una vía de paso en la comercialización de algunas drogas ilegales; la disponibilidad de dinero por parte de los niños y los adolescentes, etc. (Argüelles, et al. 1994).*
- c) *Desventajas económicas, tales como la pobreza, el hacinamiento o la escasez de vivienda, incrementan la posibilidad de riesgo para un futuro problema de alcoholismo y/o farmacodependencia cuando paralelamente existe comportamiento antisocial desde la niñez (Argüelles, et al. 1994).*
- d) *Las condiciones marginales de la comunidad como la falta de servicios públicos y de vigilancia en lugares públicos, la pobreza de las viviendas, la población flotante, la*



---

---

*criminalidad elevada y el tráfico ilegal de drogas, pueden asociarse con un incremento en la probabilidad de consumo de alcohol y otras drogas entre los adolescentes (Argüelles, et al. 1994).*

## **2. Familia**

- a) *Consumo de drogas por parte de los padres.* El consumo de los padres proporciona modelos de conducta que los hijos pueden imitar o que les facilita el desarrollo de actitudes a favor de las drogas, ya que consideran su uso como algo natural (Secades, 1997; Nazar, et al. 1994).
- b) *Ausencia de relaciones estrechas entre padres e hijos.* Para algunos adolescentes el proceso de cambio es más difícil y problemático que para otros, y en este tránsito, la búsqueda se puede tomar tensa y conflictiva, sobre todo si no se cuenta con el acompañamiento familiar mediante una comunicación y el apoyo. Además si los padres presentan una conducta crítica, opresiva y poco sensible que tiende a enfatizar los errores de los niños o adolescentes, sin considerar el comportamiento adecuado puede preceder a la impulsividad, aislamiento, baja autoestima, a una perturbación emocional y al riesgo de consumir drogas (Secades, 1997).
- c) *Desunión familiar.* Se refiere a la participación limitada de los miembros de la familia en la toma de decisiones familiares, falta de manifestaciones de afecto y de acercamiento así como desinterés en las actividades de cada integrante (Argüelles, et al. 1994).
- d) *Conflictos familiares.* El conflicto entre padres o entre padres e hijos propicia frecuentemente obstáculos para el desarrollo emocional estable, pudiendo incrementar en el hijo la probabilidad del uso ilegal de drogas (Argüelles, et al. 1994).
- e) *Estilo de crianza.* El estilo de crianza se refiere a las habilidades de los padres para implicarse en la vida del hijo, fundamentalmente mediante la supervisión de actividades y el establecimiento de normas y límites de convivencia. Se han descrito dos estilos de manejo familiar como de riesgo: permisivo y autoritario (Secades, 1997).

---

---

En el estilo permisivo o "dejar de hacer", el niño o adolescente establece sus propias reglas y límites, con muy pocas directrices por parte de los padres. El estilo autoritario se sitúa en el extremo, los padres establecen sus propias reglas e imponen reglas, sin ninguna participación por parte de los hijos. Parece ser que tanto una disciplina negligente como unas normas rígidas e inflexibles se asocian con la probabilidad del uso de drogas (Secades, 1997).

Por otro lado, un estilo paterno de interacción caracterizado por la implicación de uno de los padres con el hijo y el alejamiento, la permisividad e indiferencia del otro también constituye un factor de riesgo. En este sentido, se describe a las familias de jóvenes que abusan del alcohol y/o de otras drogas como aquellas donde la madre sobreprotege al hijo y el padre se aleja o muestra una conducta débil e ineficaz (Secades, 1997).

### 3. Escuela

- a) *Fracasar y/o abandonar la escuela.* El fracaso escolar puede pronosticar la frecuencia y el nivel de uso de drogas sobre todo si éste ocurre en los últimos años de la educación elemental, lo que agudiza la probabilidad de un comportamiento antisocial temprano (Argüelles, et al. 1994; ENA, 1998).

### 4. Individuales

- a) *Consumir alcohol y tabaco.* Nazar, et al. (1994) afirman que dos de las variables que mejor pueden explicar la probabilidad de ser o no consumidor de drogas entre los adolescentes son: primero, que fumen, segundo que consuman bebidas alcohólicas.

Al respecto en una encuesta realizada en la Ciudad de México en 1997, se reporta que el consumo de tabaco y el abuso de bebidas alcohólicas son los problemas más importantes. La prevalencia de estas dos sustancias es alta, sobre todo si se considera que más del 95% de los estudiantes de la muestra eran menores de 18 años, es decir, no tenían la edad mínima para adquirir legalmente estos productos (Rosovsky y Medina, 1998)

- 
- 
- b) *Tener amigos usuarios de drogas.* Nazar, et al. (1994) mencionan que existe un riesgo más elevado para el consumo de drogas en los adolescentes a medida que se incrementa el número de conocidos que consumen droga.
- c) *Poseer información insuficiente o mal concebida acerca de las razones y las consecuencias del uso de drogas.* La búsqueda de las drogas en forma mítica para aumentar el deseo sexual o disminuir su ansiedad ante los miembros del sexo opuesto, puede ser una de las creencias erróneas que pone en riesgo al adolescente (Medina, et al. 1993)
- d) *Presentar problemas tempranos de conducta.* Entre más variadas, frecuentes y serias son las conductas antisociales en la niñez, las posibilidades de que estas continúen hasta la vida adulta son mayores, por lo que se pronostica tanto la continuidad de comportamientos agresivos como la aparición de problemas de adicciones (Argüelles, et al. 1994).
- e) *Necesidad de ser aceptados, "pertenecer" a un grupo.* Puede ocurrir que debido a la necesidad de ser aceptado se recurra al uso de drogas como un medio para lograr pertenecer a la pandilla o al grupo social con el que se reúne. Esta asociación puede ser con fines aceptados socialmente o bien con fines antisociales (De la Garza y Vega 1983).

Las investigaciones demuestran que el grupo de amigos es más importante que los traficantes en el inicio del uso de las drogas. Se sabe que la información primaria sobre drogas es proporcionada por los amigos más que por otros medios y que, además el grupo facilita el acceso a las drogas y respalda al sujeto emocionalmente, disminuyendo sus temores al consumo (De la Garza y Vega 1983).

- f) *Obtener experiencias placenteras, emocionantes, nuevas o peligrosas.* El adolescente busca una reafirmación de su identidad a través de una conducta prohibida y no carente de riesgo que pone a prueba su capacidad personal (De la Garza, y Vega 1983).

---

g) *Características psicológicas.* Se refiere aspectos como baja autoestima e inseguridad personal, control limitado de los impulsos desde la infancia, estilos inadecuados de afrontamiento, altos niveles de estrés y tensión (Medina, et al. 1993).

h) *Falta de habilidades sociales.* Un número considerable de problemas con las drogas puede verse favorecido por un déficit de habilidades interpersonales. Así por ejemplo, se ha encontrado que los problemas con la bebida, en adolescentes y adultos, están asociados muchas veces con la creencia de que el alcohol mejora el funcionamiento en una serie de áreas de la vida (por ejemplo ser mas sociable). Estas expectativas pueden jugar un importante papel en la conducta de beber de muchos individuos. En estos casos es necesario enseñarles habilidades sociales que puedan utilizar para abordar problemas que la "conducta de beber" en exceso intentaba mejorar en forma errónea (Gil y León 1998).

O' Leary y colaboradores (1976, citado en Roth, 1986) encontraron que los adolescentes prealcohólicos eran menos diestros en términos sociales que los bebedores ocasionales de su misma edad. También evidenciaron que las recaídas, una vez terminado el tratamiento, son más probables en alcohólicos con deficiente repertorio de conductas sociales.

Stumphauzer (citado en Roth, 1986) al explorar las características conductuales de adolescentes no bebedores encontró que la habilidad de decir no ante la presión para beber, constituía una fuente adicional para obtener autorreforzamiento.

### 6.3.2. FACTORES PROTECTORES

A pesar de los escasos estudios enfocados hacia la protección del uso de drogas, existen ciertos factores que se pueden identificar:

a) *Proporcionar modelos e información congruentes.* Las instrucciones concretas que se den a los chicos acerca de no beber alcohol o consumir drogas deben ir acompañadas de un comportamiento en el mismo sentido. Los mensajes contradictorios suelen generar confusión y pueden producir efectos no deseados (Secades, 1997).

---

---

La información que se transmite al joven sobre el consumo de drogas ha de ser creíble, objetiva y realista. Conviene dejar de lado las actitudes alarmistas y dramáticas, ya que tampoco es conveniente crear un clima de miedo en el joven. Para ello, los padres han de poseer conocimientos adecuados y suficientes para que la información tenga fundamentos razonables (Secades, 1997).

- b) *Relaciones positivas padres-hijos.* Las relaciones familiares positivas de vínculo, intimidad y afecto entre el hijo y sus padres, o con uno de ellos, va unido a una menor probabilidad de que los jóvenes consuman algún tipo de droga. Además cuando los padres reconocen las cualidades positivas, los esfuerzos por mejorar y las tareas que realiza acertadamente el niño o adolescente, hace que el joven se sienta más satisfecho de sí mismo, potencia sentimientos de confianza y autoestima y facilita cambios favorables en su comportamiento. El apoyo de los padres ayuda a conseguir una estabilidad emocional e indirectamente a no consumir ningún tipo de drogas (Secades, 1997).
- c) *Ambiente familiar positivo.* Los aspectos que se pueden considerar en este rubro son: la existencia de expectativas definidas entre los miembros de la familia, la convivencia sana, el abordaje y el manejo compartido de responsabilidades; comunicación clara y directa, tanto de sentimientos positivos como negativos; el respeto entre los miembros y la creación de un ambiente de protección y apoyo y el estímulo de los vínculos sociales.
- d) *Estilo de crianza.* El estilo democrático constituye un factor protector porque tiene en cuenta las opiniones de los hijos y la disciplina se determina conjuntamente entre los padres y el joven. Esta forma de manejo familiar es la que tiene efectos más positivos para evitar el consumo de drogas y la conducta antisocial. Las normas claras de la convivencia familiar, junto con la posibilidad de diálogo y negociación, ayudarán a prevenir el consumo de sustancias tóxicas (Secades, 1997).

Otro aspecto importante en la crianza, es la participación de ambos padres en la educación de sus hijos, tomando decisiones conjuntamente y en las que los dos estén de acuerdo, procurando no quitarse autoridad delante éstos (Secades, 1997).

- 
- e) *Habilidades sociales.* Argüelles, et al. (1994) enfatizan que el poseer un repertorio apropiado de habilidades sociales constituye un aspecto de protección en contra del consumo de drogas y desarrollo de conductas antisociales. También las oportunidades existentes para involucrarse en la unidad social, el fomento de las habilidades personales, así como las prácticas que refuerzan los lazos de acercamiento, compromiso y creencia en los valores del grupo a los que pertenece el individuo.

### 6.3.3. CONSECUENCIAS

El consumo excesivo de alcohol, tabaco y otras drogas tiene consecuencias negativas tanto en el campo de la salud individual y familiar como en el terreno laboral y de la seguridad social (Argüelles, et al. 1994).

Con respecto al alcohol y al tabaco, se ha mencionado que son las drogas de mayor consumo, y entre los daños en el ámbito biológico se encuentran lo siguiente:

El alcohol tiene una acción depresiva sobre el sistema nervioso central, que afecta a las funciones cerebrales superiores responsables de la conducta y el control personal, perteneciendo a la clase de tranquilizantes menores y analgésicos generales. También es considerado barbitúrico por sus efectos hipnótico-sedantes y por su acción inductora al sueño puede llegar al coma (Secades, 1997).

Su efecto en el cerebro es bifásico. Por un lado, a dosis bajas produce una estimulación conductual donde el sujeto experimenta euforia y agilitación de la palabra y de la acción. Esta excitación, se atribuye a la estimulación directa del alcohol que suprime el funcionamiento de los centros inhibitorios del cerebro. Por otro lado, dosis altas de alcohol producen un efecto opuesto, consistente en el enteltecimiento del tiempo de reacción y un descenso en el control muscular (Secades, 1997).

La ingestión excesiva de alcohol también tiene una relación directa con la cirrosis hepática, úlcera péptica, gastritis, psicosis alcohólicas, complicación con otros padecimientos, diabetes, hipertensión arterial, síndrome fetal alcohólico, aborto y parto prematuro (Secades, 1997).

---

Con respecto al consumo de tabaco este se relaciona con patologías cardiovasculares y cerebrovasculares, neoplasias diversas como los cánceres pulmonar, de traquea, y bronquial; afecciones serias del pulmón: enfisema, bronquitis crónica, asma, la llamada enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) , y con algunos males pediátricos en niños menores de un año expuestos al humo del tabaco (Argüelles, et al. 1994).

En el consumo de otras drogas se presentan complicaciones con enfermedades del sistema nervioso central, entre otras el daño cerebral orgánico y con numerosos trastornos de carácter psiquiátrico como la depresión, lo que puede orillar a un individuo al suicidio (Argüelles, et al. 1994).

En los índices de mortalidad también es notable la influencia de las drogas, por ejemplo, en la mayoría de los casos, las defunciones de jóvenes reportadas como muertes accidentales o violentas, son ocasionadas por la ingestión de alcohol, marihuana, y otros fármacos (Argüelles, et al. 1994).

En la Encuesta Nacional de Adicciones (1998) se reporta que el 46% de accidentes automovilísticos ocurridos en población de 12 a 35 años, se han derivado después de que el conductor ha consumido 5 copas o más en cada ocasión. Asimismo, se señala que un 2.9% de los adolescentes entrevistados admiten que han conducido vehículos después de consumir 5 o más copas.

A nivel familiar el consumo de drogas, profundiza la falta de comunicación y de expresiones de afecto en los miembros de la familia, favoreciendo el cambio de roles dentro de la misma, genera agresiones, temor, ansiedad, inseguridad, violencia y maltrato, afectando principalmente a niños, ancianos y mujeres (Argüelles, et al. 1994).

En el ámbito social, el consumo de drogas forma parte de un proceso de producción, distribución y venta, alrededor del cual se cometen delitos que involucran, dañan y corrompen a diversos sectores de la población; además, se fomentan actitudes y conductas criminales de los consumidores, impulsados por la necesidad imperiosa de adquirir las drogas. Por su parte, el abuso en la ingestión de alcohol, entre otros problemas, causa un gran número de accidentes de tránsito, con todas las implicaciones que conlleva (Argüelles, et al. 1994).

---

---

---

## 6.4. PANDILLERISMO

La conducta de los jóvenes se caracteriza por el deseo de experimentar emociones y pertenecer a un grupo. La fascinación del riesgo, traducida con frecuencia como actitud general de desafío a la muerte o a la autoridad, y la tendencia a rebelarse contra las normas sociales limitantes de lo que consideran su derecho a la libertad, tienden a ser singularidades de algunos adolescentes. Los jóvenes creen carecer de aceptación social, por lo tanto tienden a llamar la atención mostrando conducta de rebeldía, infringiendo la ley, aliándose para oponerse a todo aquello que les parece injusto. Roban, se orinan en la calle, hacen graffittis con el fin de identificarse y delimitar su territorio (Craig, 1997).

La necesidad de los adolescentes de pertenecer a un grupo, de ser guiados por un liderazgo fuerte, los ubica continuamente en riesgo de participar en fenómenos colectivos. Los miembros de las pandillas están más unidos entre sí por sus propias incapacidades compartidas que por sus objetivos mutuos. Insatisfechos, sacan el mejor partido posible de una situación infeliz, y son "atraídos por el grupo" (Craig, 1997).

En estas condiciones ser miembros de una pandilla y tener prestigio con los demás genera un sentimiento de seguridad y de importancia personal (Craig, 1997).

### 6.4.1 FACTORES DE RIESGO

Entre los factores de riesgo asociados al pandillerismo se encuentran los siguientes:

#### 1. Factores sociales

- a) *Vivir en una ciudad.* Las estadísticas de criminalidad han mostrado de forma bastante consistente que los índices de delincuencia son sustancialmente más altos en las grandes ciudades que en las provincias (CcClintock y Avison, 1968 citados en Rutter y Giller, 1988).
- b) *Fenómenos de marginación social como la pobreza, la masificación y pobres condiciones de vivienda.* La pobreza y las malas condiciones de habitabilidad



---

---

predisponen a la delincuencia, no a través de ningún efecto directo sobre los chicos, sino porque la gravedad de la marginación socioeconómica tiene un efecto adverso en los padres, de modo que los trastornos paternos y las dificultades son más fáciles de desarrollarse y por tanto impedir un buen comportamiento como padre (Rutter y Giller, 1988).

- c) *Medios de comunicación.* Es probable que el cine y la televisión puedan tener un impacto en las actitudes y en la conducta, aunque el efecto en las actividades delictivas es bastante pequeño cuando es considerado en relación con otros factores causales. No obstante en los chicos que ya son agresivos o propensos a comportarse de modo delictivo, y especialmente cuando las influencias de los medios de comunicación son consistentes con las del hogar, la visión prolongada de programas violentos puede tener algún efecto aumentando la predisposición a comportarse de manera violenta o antisocial (Rutter y Giller, 1988).

## 2. Factores familiares

- a) *Criminalidad de los padres.* Se ha encontrado que los chicos con padres criminales presentan mayor proporción de historiales delictivos que aquellos que no tienen padres delincuentes (Robins y col. 1975 citados en Rutter y Giller, 1988). Además la relación entre criminalidad de los padres y la delincuencia de los hijos es mayor cuando el historial delictivo del padre es a la vez reincidente y abarca el periodo durante el cual los hijos son criados (Osborn y West, 1979, Robins y col. 1975 citados en Rutter y Giller, 1988). Pero no solo es la delincuencia de los padres, la asociación se refiere también a las persistentes dificultades sociales (alcoholismo, pobre historia laboral, frecuente desempleo y las anomalías de la personalidad de los padres), (West y Farrington, 1973 citados en Rutter y Giller, 1988).
- b) *Conflictos familiares.* Entre los conflictos familiares se encuentran las discusiones frecuentes y prolongadas; la separación temporal de los padres como consecuencia de las disputas; el divorcio o la separación permanente de los padres, la expresión de hostilidad y sentimientos negativos entre los miembros de la familia; actividades de desprecio hacia los hijos y castigos frecuentes (Rutter y Giller, 1988).

- 
- 
- c) *Pobres relaciones con los padres.* Las pobres relaciones con los padres se han reflejado en hechos tales como ausencia de actividades de recreo con toda la familia (West y Farrington, 1973 citados en Rutter y Giller, 1988); ausencia de comunicación íntima entre los padres e hijos, así como ausencia de identificación afectiva con los padres (Hirschi en citado Rutter y Giller, 1988).
- d) *Exagerada o pobre supervisión de los padres.* Loeber y Dishion (1983 citados en Rutter y Giller, 1988), al hacer una revisión sobre diferentes predictores de delincuencia en adolescentes, encontraron que variables como disciplina paterna severa e inconsistente, baja supervisión y poco involucramiento de los padres, fueron los factores que mejor predicen el desarrollo de la conducta agresiva y antisocial, su mantenimiento y la evolución de ésta en patrones de conducta delictiva en la adolescencia .
- e) *Ausencia de reglas* La ausencia de reglas se refiere a la inexistencia de una rutina familiar para las comidas, los quehaceres domésticos, ni tampoco ninguna expectativa clara acerca de lo que los chicos pueden o no hacer (Patterson, 1982 citados en Rutter y Giller, 1988).
- f) *Ausencia de contingencias efectivas.* Los padres son inconsistentes en sus respuestas a la conducta no aceptable, no responden con una adecuada diferenciación entre el premio por las actividades prosociales y el castigo por las antisociales (Patterson, 1982 citado en Rutter y Giller, 1988).

### 3. Factores individuales

- a) *Conductas disruptivas durante la infancia.* Estudios longitudinales han demostrado que los niños calificados por sus maestros como disruptivos, negativos, o desafiantes, están en mas riesgo de ser delincuentes (Farnworth, Schweinhart y Berrueta-Clement, 1985; Spivack, Marcus y Swift, 1986 citados en Rutter y Giller, 1988).
- b) *Sexo masculino.* Es evidente que nuestra sociedad permite más conductas de mayor riesgo a los jóvenes adolescentes que a las mujeres. Al respecto las estadísticas marcan una diferencia frente al riesgo; el varón se ve más seriamente afectado, como se

---

---

manifiesta con claridad en las estadísticas de accidentes, homicidios y suicidios (Rutter y Giller, 1988).

- c) *Consumir drogas.* El consumo de drogas también predispone a la participación en actividades delictivas (Argüelles, et al. 1994).
- d) *Abandono escolar.* Los jóvenes que abandonan sus estudios tienen mayores probabilidades de ser delincuentes que aquellos que se encuentran en la escuela hasta haber finalizado toda la enseñanza (Bachman y col., 1978; Elliot y Voss, 1974 citados en Rutter y Giller, 1988).
- e) *Matrimonio adolescente.* Todo matrimonio muy joven puede estar asociado con un alto índice de delincuencia ya que las adversidades sociales que predisponen a la conducta antisocial también predisponen a los matrimonios entre adolescentes (Hurwitz, 1982; Martin y Webster, 1971 citados en Rutter y Giller, 1988).
- f) *Falta de habilidades para la solución de conflictos.* Kifer y otros (1977 citados en Herbert, 1983) observaron que uno de los factores que contribuyen a la delincuencia de la juventud es su incapacidad para enfrentar las situaciones conflictivas con las figuras de autoridad. Los jóvenes a menudo dan respuestas inadecuadas ante situaciones conflictivas, como peleas, aislamiento, rabietas, o conducta destructiva.

#### 6.4.2. FACTORES PROTECTORES

Entre los factores protectores asociados al pandillerismo se encuentran los siguientes:

- a) *Evitar conflictos familiares.* (Rutter y Giller, 1988).
- b) *Propiciar un ambiente familiar de apoyo y relaciones afectivas.* (Rutter y Giller, 1988).
- c) *Supervisión de los padres.* (Gladstone, 1980; citado en Rutter y Gille, 1983)
- d) *Escuchar e implicarse en las necesidades de los hijos* (Rutter y Giller, 1988).
- e) *Reforzar los logros y las cualidades positivas de los hijos* (Rutter y Giller, 1988).
- f) *Ejercer un control y un seguimiento del rendimiento escolar* (Rutter y Giller, 1988).
- g) *Interesarse por las amistades de los hijos* (Rutter y Giller, 1988).

---

h) *Establecer en casa unas normas claras y concensuadas que deben cumplirse* (Rutter y Giller, 1988).

i) *Poseer habilidades sociales y de solución de conflictos constituye un factor protector debido a que el adolescente puede ser capaz de* (D'Zurilla y Goldfried, 1971, 1973 citados en Herbert, 1983):

- ‡ Reconocer las situaciones problemáticas cuando estas se presentan.
- ‡ Resistir la tentación de actuar impulsivamente.
- ‡ Definir la situación en términos concretos y jerarquizar los principales problemas que tiene que resolver.
- ‡ Generar varias respuestas posibles para emitir en una situación dada.
- ‡ Decidir la (s) medida (s) por adoptar que con mayor probabilidad tendrá (n) consecuencias positivas.
- ‡ Actuar de acuerdo con la decisión final y verificar la eficacia de la conducta para la resolución de la situación problemática.

#### 6.4.3 CONSECUENCIAS DEL PANDILLERISMO

Entre las consecuencias que se pueden derivar de la conducta delictiva y actos antisociales que presentan los jóvenes asociados a las pandillas, se encuentra el incremento de los hechos violentos, la aparición de formas modernas y tecnicadas de hacer violencia y el cambio en la percepción de la población; esto tiene efectos sociales y para el desarrollo, tales como:

- a. En terminas sociales y culturales, reduce significativamente la calidad de vida de la población, en la interacción social se produce la reducción de la ciudadanía, cambia el comportamiento de la población (se observa angustia, desamparo, etc.), disminuye la solidaridad humana, la percepción de inseguridad se integra a otros ámbitos (económicos, ecológicos, etc.).
- b. En términos económicos, incrementan los costos de las actividades económicas, reduce las posibilidades de inversión externa, la rentabilidad social del capital disminuye. El efecto de la violencia en el desarrollo económico de un país es significativo.

- 
- 
- c. En términos urbanos, se observa una sensible reducción del espacio en la ciudad así como el tiempo para disfrutarla, se incrementa la segregación urbana. La ciudad va perdiendo los espacios públicos y cívicos y generalizando la urbanización privadamente amurallada que segrega aún más lo social, espacial y temporal, con lo cual a la par que entre la población erosiona la condición de ciudadanía, en la urbe se relega su carácter comunitario.
  
  - d. Desde la perspectiva de salud pública la violencia es un problema porque produce una alta carga de mortalidad y morbilidad evitable, que afecta especialmente a los niños/as, las mujeres y los jóvenes. Además, distrae los gastos de salud hacia las lesiones y emergencias provenientes de la violencia.
  
  - e. Finalmente se debe mencionar que en la familia de los adolescentes inmiscuidos en pandillas que comenten actos antisociales también se producen efectos negativos inmediatos tanto en lo económico, social y psicológico. Además los estudios sobre el tema de la delincuencia juvenil, muestran que las tasas más altas de homicidios las tienen los hombres jóvenes, de nivel socioeconómico bajo. Los jóvenes no sólo son víctimas, también son reconocidos como los agresores más frecuentes en la violencia urbana.

En resumen, se puede observar que existen diversos factores de riesgo y protectores asociados a cada uno de los problemas antes expuestos; embarazo precoz, adicciones y pandillerismo, no obstante se identifican factores comunes a dichos problemas por ejemplo, ambiente familiar de apoyo y relaciones afectivas vs conflictos familiares y estilos de crianza autoritarios o baja supervisión, comunicación clara padres-hijos vs problemas de comunicación padres-hijos, información vs creencias erróneas e ignorancia, falta de habilidades sociales vs poseer habilidades sociales y de solución de conflictos, etc., esto implica que la salud de los adolescentes se puede procurar desde un enfoque más integral y articulado, reduciendo los factores de riesgo, incrementando los factores de protección y brindando oportunidades de reconstrucción. Como ya se dijo en el capítulo I, la salud se refiere a una meta. Como ya se dijo en el capítulo I, la salud se refiere a un proceso, no a un estado, y merece especial atención en personas que se encuentran en un período crítico de crecimiento. En el capítulo VIII se abordará más específicamente el tema de las habilidades sociales, que en este trabajo constituye un aspecto importante en la intervención llevada a cabo en este estudio.

---

---

## CAPITULO VII

### PROGRAMAS PREVENTIVOS EN CONDUCTAS DE RIESGO DURANTE LA ADOLESCENCIA

#### 7.1 PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE EMBARAZO DURANTE LA ADOLESCENCIA

Los programas para prevenir la ocurrencia del embarazo durante la adolescencia son múltiples, tienen diferentes enfoques, resultados y perspectivas. En seguida se revisarán, algunos de ellos con el objetivo de hacer evidente sus contenidos y eficacia.

##### 7.1.1. CAMPAÑAS INFORMATIVAS

Algunas políticas han centrado la prevención del embarazo adolescente en el uso de métodos anticonceptivos. No obstante, al margen de consideraciones morales, este proceder suele plantear problemas para los adolescentes, como el olvido, la mala utilización, el aumento de la frecuencia de las relaciones sexuales –y, por tanto, mayor probabilidad de ocurrencia del embarazo-, la ignorancia de la formación y educación sexual, etc. En último término tales programas o campañas –basadas en la contracepción-, no han conseguido reducir el número de embarazos adolescentes y, además ni son preventivos ni educativos, sino simplemente disfuncionales del problema que se trata de resolver (Polaino y Martínez, 1995)

Se puede decir que las campañas de promoción de los métodos anticonceptivos provocan un aumento de su consumo, aunque, sin embargo, no tienen como consecuencia un descenso en el número de embarazos adolescentes. Quizá la razón de ello está relacionada con la complejidad de la inestabilidad conductual de los adolescentes combinada con algunos pensamientos mágicos que todavía mantienen en muchos de sus razonamientos en torno a las consecuencias que puede tener su utilización (Polaino y Martínez, 1995).

---

---

### 7.1.2. PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL

Otra forma de prevenir el embarazo precoz es mediante los programas de educación sexual, no obstante, en muchas ocasiones se han limitado a facilitar información únicamente sobre los aspectos biológicos de la sexualidad. Respeto a esta cuestión Polaino y Martínez (1995), afirman que "el modo en que se configura la conducta sexual, no depende tanto de factores biológicos, como de factores psicológicos y socioculturales. Precisamente por ello es necesario admitir la necesidad de la educación sexual. En este sentido, se han desarrollado programas de abstinencia sexual, por ejemplo: Christopher y Roosa, 1990; y Moyse-Steinberg, (1990).

El desarrollado por Christopher y Roosa (1990), consiste en seis sesiones en las que se tratan distintos aspectos de la sexualidad humana y se enseñan estrategias para rechazar las presiones de la sociedad respecto de la iniciación en el comportamiento sexual activo.

Los resultados indican que lejos de disminuir el nivel de interacción sexual entre los adolescentes, se produjo un aumento en la frecuencia de las relaciones sexuales, habiendo realizado medidas frecuenciales de estas conductas al principio y al final del programa. Este aumento se produjo fundamentalmente en las conductas precoitales; sin embargo, la frecuencia de coitos ni aumentó ni descendió. Incluso las personas que no habían iniciado ningún tipo de relación sexual, al final del programa afirmaron haber tomado parte en relaciones sexuales (Polaino y Martínez, 1995)

En definitiva, aunque la iniciativa de promover la abstinencia es más positiva entre las emprendidas por instituciones sociales para detener y disminuir la frecuencia de embarazos adolescentes, parece que la forma no es la más adecuada pues obtiene los resultados contrarios a los deseados. Es más probable que este tipo de programas instruya a los adolescentes en las cuestiones de la sexualidad sin concienciarles de la responsabilidad y las consecuencias que puede acompañar (Polaino y Martínez, 1995).

Otro tipo de programa de educación preventiva, fue llevado a cabo por Moyse-Steinberg (1990), quien obtuvo resultados que difieren un poco de los anteriores.

---

---

Este programa está basado en un modelo socioeducacional que opera a través de pequeños grupos de trabajo. El propósito de estos grupos es ayudar a los adolescentes a prevenir el embarazo no deseado instruyéndoles en estrategias de toma de decisiones. Entre estas estrategias está la abstinencia, así como la instrucción en los distintos modos de contracepción. Aunque en principio el programa pretende enfatizar la abstinencia, las personas que eligen ser sexualmente activas son apoyadas en su decisión y se les ayuda para evitar el embarazo. Tres son los componentes del programa que se llevan a cabo (Moyses-Steinberg 1990):

1. Educación de los contenidos relativos a la sexualidad, desde el punto de vista afectivo y biológico. Se discuten libremente las cuestiones que se plantean y el debate es el método de aprendizaje utilizado. Se pretende eliminar los mitos relativos a la sexualidad que pueden tener los participantes y educarlos en la utilización de los anticonceptivos.
2. En segundo lugar, se pretende aclarar los valores y la forma de comportarse que es típica de la adolescencia; se aclaran los valores que subyacen a la conducta individual y propia de cada uno y las consecuencias que tienen tales conductas.
3. En tercer lugar, se enseñan y practican modos de comportamientos adecuados para evitar problemas: solución de problemas, enfrentamiento con personas de otros sexos que exigen una sexualidad activa, entrenamiento en asertividad, comunicación, etc.

La efectividad del modelo está relacionada, fundamentalmente, con dos aspectos: un incremento de la percepción del impacto que el embarazo adolescente tendría en sus vidas y un incremento considerable del consumo y utilización de los métodos anticonceptivos (Moyses-Steinberg 1990):

En resumen, estos programas se dirigen a grupos pequeños que se reúnen para hablar, pensar y aprender sobre la sexualidad, intentando promover en los adolescentes actitudes de abstinencia sexual hasta el matrimonio. Los resultados obtenidos indican que se consigue que los participantes mantengan conductas sexuales responsables, aunque otras veces lo que en principio pretendía ser un programa para promover la abstinencia, acaba por fomentar la actividad sexual y el uso de los anticonceptivos (Polaino y Martínez, 1995)



---

---

Pick de Weiss, Atkin, y Karchmer (1998), mencionan que los programas enfocados a desarrollar habilidades para posponer la actividad sexual y promover la comunicación entre padres e hijos, incluyen temas como el manejo de la presión social y de pareja y el desarrollo de habilidades para identificar y resolver problemas. Los autores reportan que los programas de educación sexual, combinados con nuevas técnicas son más prometedores; se ha observado aumento en la capacidad de los adolescentes para resolver sus problemas y mayor habilidad para comunicarse, además de actitudes y comportamientos más positivos respecto a la planificación familiar. No obstante será necesario la realización de evaluaciones adicionales para identificar cuales de estos componentes pragmáticos son efectivos.

## **7.2. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES**

La variedad de programas para la prevención de adicciones es amplia y diversa, sin embargo en esta ocasión se hará mayor énfasis en los programas que se refieren a la prevención del alcohol, debido a que distintas investigaciones coinciden en subrayar el papel del alcohol como elemento clave a la hora de perfilar los hábitos tóxicos de la población. Como ya se menciono (Ver capítulo VI), el alcohol constituye la sustancia de iniciación en el consumo de otras drogas. Como señalan Calafat y cols. (1985 en Secades, 1997), "la base para el consumo de drogas ilegales es el aprendizaje de las legales".

Secades, R. (1997) distingue tres grandes modelos de prevención del alcoholismo: las campañas informativas, la prevención comunitaria y los programas psicosociales.

### 7.2.1. CAMPAÑAS INFORMATIVAS

Las campañas informativas parten de la relación entre conocimiento-actitudes-comportamiento. El modelo de salud pública considera que la educación y la información objetiva sobre el alcoholismo y sobre las consecuencias negativas de su consumo es suficiente para evitar su uso y abuso. Con frecuencia, estos programas suelen recurrir a tácticas de miedo para generar rechazo al alcohol. Desgraciadamente, las conclusiones que se extraen de los resultados de los programas informativos no son demasiado optimistas. No parece estar demasiado demostrada la conexión entre conocimiento, cambio de actitudes y la conducta de

---

beber consecuentemente. Así pues, la mayoría de los estudios coinciden en afirmar que existe poca evidencia que apoye la eficacia de este tipo de programas. Más aún, algunos estudios realizados han puesto de manifiesto el efecto contraproducente de estos programas. El intento de disuadir a los adolescentes del consumo de alcohol mediante el uso de información acerca de sus "consecuencias trágicas" puede, en algunos casos, producir el efecto contrario, posiblemente porque consigue estimular la curiosidad de los jóvenes (Secades, 1997).

### 7.2.2. PREVENCIÓN COMUNITARIA

La dimensión comunitaria de la prevención del alcoholismo trata de optimizar las redes de apoyo social y de incidir en el conjunto del entorno social, incorporando a grupos, organizaciones e instituciones dentro de un sistema global organizado (Secades, 1997).

Generalmente, la prevención del alcoholismo desde el marco comunitario se inserta dentro de los programas de prevención de drogas en general, y, básicamente se lleva a través de tres niveles integrados de intervención (Secades, 1997) :

- a) La información, con el objetivo de sensibilizar y fomentar la participación de la comunidad, así como facilitar el conocimiento y la accesibilidad de los recursos disponibles.
- b) La formación, que incluye la formación de los mediadores sociales y de los colectivos implicados, así como entrenamientos específicos a grupos e individuos para resistir las presiones sociales.
- c) Oferta de estilos de vida alternativos y fomento de la organización y participación del grupo destinatario en actividades diferentes (culturales, deportivas, sociales, etc.) al consumo de alcohol.

Otro programa de Prevención de Midwestern (Johnson y cols., 1990 citados en Secades, 1997) es proyecto comunitario desarrollado en Kansas City durante los años 1984-1987. El proyecto consta de cuatro componentes: a) el primero, llevado a cabo en una escuela, es un programa de 10 sesiones dedicado al entrenamiento en habilidades de afrontamiento al

---

---

consumo de drogas. Además, se incluyen tareas para casa, con entrevistas y ensayos de conducta con los padres y otros miembros de la familia; b) el segundo está dirigido a los padres, los cuales se encargan de revisar la política de prevención de la escuela. Además, son entrenados en habilidades de comunicación positiva con sus hijos; c) el tercer componente consiste en la orientación y entrenamiento de los líderes de la comunidad para la organización de asociaciones de prevención del abuso de drogas, y d) el último tiene como objetivo estimular la participación de los medios de comunicación locales.

Los contenidos de las sesiones escolares cubren temas como: las consecuencias psicosociales del uso de drogas, la corrección de las creencias sobre la prevalencia del uso de drogas, el reconocimiento y resistencia a la influencia de los adultos, de los medios de comunicación y de la comunidad para el uso de drogas, la resistencia a la presión de los iguales, asertividad, entrenamiento en solución de problemas para afrontar situaciones potenciales de consumo de sustancias y compromiso público de no usar drogas. Los métodos para entrenar estas habilidades son: el role-playing, el feedback y la discusión en clase. El programa de prevención de Midwestern ha demostrado resultados exitosos en la prevención del consumo de drogas en la población (Secades, 1997).

### 7.2.3. PROGRAMAS PSICOSOCIALES

Holden, Moncher y Schinke (1990) plantean un programa de prevención de las toxicomanías para adolescentes centrado en seis áreas principales: información, solución de problemas, autoinstrucciones, afrontamiento, comunicación y sistemas de apoyo, y el entrenamiento en habilidades sociales constituye una parte esencial de dicho programa.

Por otra parte, aunque se han identificado varios factores de riesgo en el consumo de drogas (Ver capítulo VI), la presión de los iguales consumidores de drogas es uno de los predictores importantes del comienzo y abuso de sustancias. Consecuentemente, los programas de prevención deben intentar desarrollar estrategias efectivas de resistencia a la influencia social y al ofrecimiento explícito de drogas (Secades, 1997).

De acuerdo con Myeni (1989 citado en Secades, 1997), los aspectos que parecen más exitosos en la intervención educativa para la prevención del consumo de alcohol son:

- 
- 
- a) Enseñar a los jóvenes habilidades para decir "no" ante la oferta del alcohol.
  - b) Desarrollar alternativas sanas a la bebida.
  - c) Enseñar habilidades de toma de decisiones y de solución de problemas.
  - d) Desarrollar habilidades sociales y de comunicación eficaces.
  - e) Estimular a los jóvenes para que adopten estilos de vida libres de alcohol.
  - f) Identificar grupos de compañeros que promuevan y practiquen la abstinencia de bebidas alcohólicas.

Hansen (1992 citado en Secades, 1997) considera que los programas más eficaces son los que incluyen la combinación de:

- a) Información sobre las consecuencias del consumo de alcohol
- b) Modificación de las creencias normativas
- c) Establecimiento de un compromiso personal
- d) Estrategias de habilidades de afrontamiento

Para finalizar, Mackinnon y cols. (1991 citado en Secades, 1997) concluyen que las normas de la presión del grupo constituyen un componente que mediatiza, de forma importante, los efectos de los programas de prevención del alcoholismo en la escuela. La evidencia comienza a sugerir que, junto al entrenamiento en habilidades de afrontamiento, los programas de prevención deben, necesariamente, promover normas sociales que reduzcan la motivación social de los adolescentes para comenzar a consumir alcohol.

### **7.3. PROGRAMAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA DELINCUENCIA Y EL COMPORTAMIENTO ANTISOCIAL**

El interés en la prevención de la conducta antisocial ha sido amplio, en particular en relación con la delincuencia juvenil (Kazdin y Buela, 1998). Sin embargo hasta hace poco, las revisiones acerca del impacto de las estrategias de prevención han sido algo pesimistas al observar que no hay estrategias eficaces y que la investigación no tiene gran calidad. Revisiones más recientes han apuntado que hay caminos prometedores en la prevención de la conducta antisocial (McCord y Tremblay, 1992; Zigler, Taussing y Black, 1992, citados en Kazdin y Buela, 1998).

---

Los métodos y fines de este tipo de programas varían de uno a otro, algunos se orientan a desarrollar la competencia prosocial o funcionamiento de adaptación; otros se centran en la reducción del inicio de la disfunción o prevención de un problema específico; también varían de acuerdo a su aplicación, pueden ser generales (si se aplican a todos los estudiantes de una escuela o ciudad) o específicos (si se dirigen a un grupo seleccionado por su alto riesgo; finalmente son llevados a cabo en distintos escenarios. A continuación se describirán algunos tipos de intervenciones que han mostrado cierta eficacia, de acuerdo a un análisis realizado por Kazdin y Buela (1998).

### 7.3.1. INTERVENCIONES BASADAS EN LA ESCUELA

Sarason y Sarason (1981) enseñaron habilidades cognitivas y sociales a un grupo de estudiantes que presentaban altas tasas de ausentismo y delincuencia. Los sujetos que recibieron el tratamiento fueron posteriormente capaces de pensar de modo más adaptativo en situaciones problemáticas; además demostraron una mayor eficacia para resolver un problema mediante demostración práctica. Después de un año de seguimiento los autores observaron un aumento en la tasa de puntualidad, disminución del ausentismo y en las consultas por trastornos de conducta social. Los autores señalan que el estudio abre las puertas a la consideración de una alternativa útil y de bajo costo para prevenir problemas conductuales.

De manera similar, Wood (1980) demostró el efecto positivo del entrenamiento asertivo y el de los entrenadores sobre el comportamiento poco asertivo y agresivo de 90 adolescentes, encontrando que los adolescentes agresivos respondían diferencialmente al entrenamiento de habilidades sociales de acuerdo con el grado de ansiedad y razonamiento verbal que poseían.

Rahaim, Lefebvre y Jenkins (1980, citados en Kazdin y Buela, 1998) estudiaron el surgimiento del enojo como preludio a la conducta agresiva de adolescentes, y la fluctuación de sus componentes cognitivos y conductuales como resultado del entrenamiento de habilidades sociales. Al llevar a cabo el entrenamiento en destrezas sociales que resultó altamente efectivo se obtuvieron incrementos no sólo en la producción de cambios en el nivel de los componentes conductuales, sino también en el nivel cognitivo.

---

---

### 7.3.2. INTERVENCIONES BASADAS EN LA COMUNIDAD

Las intervenciones basadas en la comunidad emplean los medios existentes (centros recreativos, parques) o llevan la intervención en los casos a contextos de su vida diaria.

Fo y O'Donnell (1975; citados en Kazdin y Buela, 1998) realizaron programas para jóvenes de 11 a 17 años enviados a tratamiento por una serie de instancias (colegios, jueces, centros de bienestar social) por sus problemas de conducta y académicos; además algunos de los jóvenes que tomaron parte habían sido arrestados. Por esta razón el proyecto se orientó hacia el tratamiento (tratamiento de jóvenes encausados) y prevención (aquellos con alto riesgo de delincuencia). Se pidió la colaboración de adultos de la comunidad para trabajar como terapeutas y llevar a cabo programas de modificación de conducta individualmente con los jóvenes; se conocieron y participaron en una serie de actividades (artes y oficios, pesca, campamentos), realizaron y evaluaron un programa de modificación de conducta.

En conductas tales como el ausentismo escolar, peleas, hacer tareas de la casa y deberes, se aplicaron programas individuales de refuerzo. Los resultados indicaron cambios en el ausentismo, peleas, salidas nocturnas y otras conductas problemáticas en relación con el grupo control; en un seguimiento de dos años los arrestos reflejaron un descenso debido al tratamiento, sin embargo, el programa fue más eficaz en la reducción de la conducta antisocial de las personas que habían comenzado con un historial de arrestos más graves.

De manera similar, Kifer (1974) aplicó el entrenamiento en solución de conflictos en diversas investigaciones realizadas con jóvenes que presentaban conductas delictivas y problemas con la autoridad, utilizando la negociación de conducta entre padres e hijos por medio de acuerdos en situaciones conflictivas familiares. El autor concluye que se obtuvieron incrementos en el número de acuerdos negociados al compararlos con la línea base; y que las estrategias puestas en práctica en los ensayos conductuales se generalizaron a nuevas situaciones de conflicto sin proporcionar instrucciones ni contingencia alguna.

Por otro lado, Gil y León (1998), mencionan que en la prevención de la delincuencia, los programas de entrenamiento en habilidades para la vida, incluyen las siguientes (Gil y León 1998):

- 
- Habilidades de comunicación interpersonal y de relaciones humanas.
  - Habilidades de resolución de problemas y toma de decisiones.
  - Habilidades para resistir las presiones de otros.
  - Habilidades para manejar la ansiedad y el estrés.
  - Habilidades para el ajuste social.

Mc Guire y Priestley (1983, citados en Gil y Saiz, 1994), en una revisión de los programas preventivos de comportamientos antisociales en ámbitos comunitarios y penitenciarios, presentan como conclusiones más destacadas las siguientes:

- a) El entrenamiento de habilidades puede ser empleado en contextos de custodia o no y puede ser realizado por parte de los trabajadores que no han recibido una formación de terapeutas o educadores.
- b) Poseen efectos beneficiosos no sólo en cuanto a competencia social, sino también de confianza, empleo futuro y otros aspectos de la vida cotidiana de las personas que son entrenadas.

Es importante mencionar que existen una serie de obstáculos que pueden hacer la investigación en prevención especialmente difícil; para comenzar, la tarea de cualquier proyecto de prevención es demostrar que se necesita una intervención. El problema aquí consiste en transmitir a los potenciales participantes que es necesaria la intervención en ausencia de un problema clínico. La ausencia de síntomas se percibe como la inexistencia del problema, lo que hace la intervención poco convincente para los potenciales participantes; aún así es necesario realizar este tipo de programas que de acuerdo a varios estudios demuestran ser eficaces.

Finalmente, es necesario recordar que los tipos de programas de prevención descritos en este apartado, utilizan una gran diversidad de técnicas provenientes de distintos enfoques, de los cuales, uno de los más prometedores de acuerdo a las investigaciones realizadas es el entrenamiento en estrategias cognitivas de resolución de problemas.

---

---

## CAPITULO VIII

### HABILIDADES SOCIALES

#### 8.1. CONCEPTO

Furnham (1992), indica que con el término habilidad social se hace referencia a las capacidades o aptitudes empleadas por un individuo cuando interactúa con otras personas en un nivel interpersonal. Sin embargo, como ocurre con todos aquellos conceptos que están formulados de manera amplia, el de habilidad social ha generado diversas definiciones en un intento por delimitarlo, pese a lo cual es posible observar entre las mismas cierta unidad conceptual. A continuación se presentan algunas de las definiciones derivadas de diferentes modelos conceptuales:

##### 8.1.1. APROXIMACIÓN CONDUCTUAL

Libert y Lewinsohn (1973 citados en Gil y León 1998), afirman que habilidad social es "la capacidad para ejecutar una conducta que refuerce positivamente a otros o evite que seamos castigados por los otros".

Conger y Conger (1982, citados en Roth, 1986) indican que habilidad social es el término genérico que designa el grado de éxito que puede lograr una persona en situaciones de interacción o transacción que tienen lugar en un contexto interpersonal, independientemente del lugar, los objetivos personales o los participantes implicados.

##### 8.1.2. APROXIMACIÓN COGNITIVA

Ladd & Mize (1983, citados en Hidalgo, 1999) la definen como "la habilidad para organizar cogniciones y conductas en un curso integrado de acción dirigido hacia metas interpersonales o sociales que sean culturalmente aceptadas". El autor plantea que para un funcionamiento social efectivo es necesario: 1) conocer la meta apropiada para la interacción social, 2) conocer las estrategias adecuadas para alcanzar el objetivo social y 3) conocer el contexto en el cual una



---

---

estrategia específica puede ser apropiadamente aplicada. También sostiene que no basta conocer las conductas, sino que es necesario poder implementarlas, por lo cual enfatiza la importancia de ciertos factores comunicacionales y su relación con valores, mitos y normas culturales que determinan también que la persona lleve a cabo o no una determinada conducta.

### 8.1.3. APROXIMACIÓN DEL APRENDIZAJE SOCIAL

Mischel (1973 citado en Gil y León 1998) , menciona que una habilidad es un conjunto de variables personales construidas por alguien en condiciones particulares, más que una inferencia a la manera de rasgos. Una habilidad es un estereotipo que se aprende a través de observación y se organiza merced a reglas, convenciones sociales, expectativas y valores subjetivos en un esquema cognitivo.

García-Sáiz y Gil (1992 citados en Gil y León 1998) hacen referencia a “comportamientos aprendidos que se manifiestan en situaciones de interacción social, orientados a la obtención de distintos objetivos, para lo cual han de adecuarse a las exigencias situacionales”.

De todo lo apuntado se desprenden cuatro características que delimitan este concepto. En primer lugar, su carácter aprendido. En segundo lugar, la conciencia de complementariedad e interdependencia de la habilidad social, es decir, todo comportamiento social exige tratar de entender el punto de vista del otro y la proyección de una autoimagen. En tercer lugar, el hecho de que la actualización o desempeño de las habilidades sociales requiere no sólo la adaptabilidad de sus componentes a la situación social, sino que además los objetivos que se persiguen con dicha actualización son únicamente comprensibles en situaciones sociales específicas (Gil y León 1998).

Luego la habilidad social podría ser definida como la capacidad de ejecutar aquellas conductas aprendidas que cubren nuestras necesidades de comunicación interpersonal y/o responden a las exigencias y demandas de las situaciones sociales de forma efectiva, o si se prefiere, una clase de respuestas pertinentes para desempeñar las siguientes funciones (Gil y León 1998) :

- ✓ Conseguir reforzadores en situaciones de interacción social.

- 
- 
- ✓ Mantener o mejorar la relación con otra persona en la interacción interpersonal.
  - ✓ Impedir el bloqueo del refuerzo social o mediado socialmente.
  - ✓ Mantener la autoestima y disminuir el estrés asociado a situaciones interpersonales conflictivas.

## **8.2. NIVELES DE LAS HABILIDADES SOCIALES**

El enfoque de las habilidades sociales utiliza distintos niveles de análisis, así como distintas dimensiones (Gil, et. al., 1992 citado en Gil y León 1998). De los primeros podemos destacar los siguientes:

### **8.2.1. NIVEL MOLECULAR**

El nivel molecular, toma como punto de referencia componentes conductuales específicos y observables de las habilidades sociales (por ejemplo, el número de cambios de postura, el número de movimientos de las piernas, el número de palabras dichas, etc.), preocupándose por su medición objetiva, para así lograr evaluaciones válidas y fiables. En este nivel, los elementos de las habilidades sociales, suelen ser medidos como variables continuas o como categorías discretas de conducta. Es aquí donde se encuadran los autores que defienden un punto de vista conductista ortodoxo, por ejemplo Liberman et al. (1989, citado en Gil y León 1998).

En este nivel, debemos distinguir tres tipos de componentes de las habilidades sociales (Gil y León 1998) :

#### **A) Componentes conductuales**

- *Componentes no verbales:* la mirada, la sonrisa, los gestos, la expresión facial, la postura corporal, etc.
- *Componentes paralingüísticos:* la voz (volumen, claridad, timbre, fluidez, velocidad, etc.).
- *Componentes verbales:* el habla, los saludos, iniciar y terminar una conversación, aceptar las críticas justas y rechazar las injustas, pedir disculpas, hacer preguntas, defender los propios derechos, etc.

---

---

## **B) Componentes cognitivos**

- *Habilidades de percepción social*
- *Variables propiamente cognitivas: solución de problemas y conflictos (identificar conflictos interpersonales, anticipar consecuencias, etc.), autocontrol (autoobservación, autoevaluación, autoconcepto y autoestima).*

## **C) Componentes fisiológicos y afectivos**

- *Manifestaciones psicofisiológicas (la presión sanguínea, la tasa cardíaca, la relajación, la respiración, etc.).*
- *Componentes afectivo-emocionales (expresiones emocionales, habilidad de relajación, etc.).*

### **8.2.2. NIVEL MOLAR**

El segundo nivel molar considera a dos o más elementos componentes de las habilidades sociales y a sus interacciones a la hora de configurar la capacidad de actuar con efectividad en una clase de situaciones, por ejemplo en las entrevistas laborales o en la defensa de nuestros derechos frente a la presión del grupo. En este caso las evaluaciones de las habilidades sociales suelen ser generales y subjetivas, empleándose típicamente escalas sobre el impacto del comportamiento del sujeto en los demás. Aquí se sitúan aquellos autores dedicados al entrenamiento asertivo, por ejemplo Galassi y Galassi (1978 citado en Gil y León 1998).

### **8.2.3. NIVEL INTERMEDIO**

En tercer y último lugar tenemos el nivel intermedio, que se centra en la interacción de los juicios globales y de las medidas moleculares, es decir, en la relevancia social de ciertas respuestas o patrones de conducta y en la especificidad metodológica de su evaluación (Gil y León 1998).

---

---

### 8.3. ADQUISICIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES

Las habilidades sociales se adquieren normalmente como consecuencia de varios mecanismos básicos de aprendizaje. Entre ellos se incluye: a) reforzamiento positivo directo de las habilidades; b) experiencia de aprendizaje vicario u observacional; c) retroalimentación interpersonal y d) desarrollo de expectativas cognitivas respecto a las situaciones interpersonales (Kelly, 1987).

- a) *Aprendizaje de habilidades como consecuencia del reforzamiento directo.* En la primera infancia, resulta evidente que las conductas sociales más rudimentarias se pueden desarrollar y mantener por sus consecuencias reforzantes. Los niños parecen aprender rápidamente aquellas conductas adecuadas para elicitarse consecuencias positivas en su ambiente, por ejemplo, llorar para recibir alimento, sonreír y balbucear para conseguir atención social. Con el tiempo, el repertorio de conductas interpersonales del niño se va haciendo más elaborado, variado y verbal, a la par que aquellos sucesos que adquieren propiedades reforzantes se desvían progresivamente de las funciones primarias, diversificándose y extendiéndose en el ámbito social. En la medida en que distintos tipos de situaciones sociales inducen consecuencias positivas para el niño y posteriormente el adulto, resultarán reforzadas o incluidas en el repertorio interpersonal del sujeto (Kelly, 1987).
- b) *Aprendizaje de habilidades como resultado de experiencias observacionales.* Aprendemos a manejar situaciones interpersonales como resultado de nuestra experiencia directa en esas situaciones y, más específicamente, como resultado de las contingencias de reforzamiento que moldean progresivamente la conducta. Además, otra poderosa fuente de aprendizaje de las habilidades consiste en la observación de cómo otra persona maneja la situación (Kelly, 1987).

Bandura (1969 citado en Kelly, 1987) describió la influencia del aprendizaje observacional o vicario (que él denominó "modelado") en la conducta social y demostró su efecto a lo largo de un extenso número de estudios. La exposición a un modelo puede conllevar alguno de estos tres efectos: (1) el efecto del modelado, en el que el observador del modelo, por el hecho de observarlo, adquiere una nueva conducta que no emitía previamente; (2) el efecto de desinhibición, según el cual la exposición al modelo hace que

---

---

el observador emita con más frecuencia una conducta que ya existía; y (3) el efecto de inhibición, por el cual el observador reduce la frecuencia de emisión de una conducta que era frecuente antes del modelado (Bandura y Walters 1963 citado en Kelly, 1987).

Los niños, adolescentes y adultos desarrollan nuevas competencias para manejar las situaciones observando cómo viven los modelos que les rodean, incluyendo la forma en que padres, hermanos, amigos, compañeros de trabajo, jefes, etc., manejan situaciones. En el caso de los adolescentes, los compañeros y amigos se convierten en fuentes extremadamente influyentes para el modelado de habilidades sociales (Lasseigne, 1975 citado en Kelly, 1987).

- c) *Aprendizaje de habilidades y feedback interpersonal.* Un mecanismo importante para el ajuste y refinamiento de las habilidades es el feedback. En contextos sociales, es la información por medio de la cual la otra persona nos comunica su reacción ante nuestra conducta. El feedback puede ser de naturaleza positiva o negativa. En el primer caso, fortalecerá ciertos aspectos de una conducta social, como el incremento del contacto visual de otra persona, el movimiento postural hacia el que habla, etc. Cuando el feedback es negativo, actúa debilitando aspectos de la conducta, tales como reducir el contacto visual, bostezar o apartarse del que habla, etc. En cierto sentido, lo que llamamos feedback podría entenderse como reforzamiento social (o su ausencia), administrado contingentemente por la otra persona durante la interacción (Kelly, 1987).
- d) *Aprendizaje de habilidades y expectativas cognitivas.* Las expectativas son creencias o predicciones sobre la probabilidad percibida de afrontar con éxito determinada situación. De acuerdo a Rotter (1954, citado en Kelly, 1987) las expectativas cognitivas se desarrollan como resultado de las experiencias en esa situación o en otras similares. Así una persona que ha aprendido que es capaz de manejar con efectividad una interacción social, desarrollará una expectativa de éxito, y si además ésta es reforzante, es probable que el individuo la repita cuando sea posible. Por el contrario, es baja la probabilidad de que una persona se introduzca en situaciones que requieran habilidades para las que no se siente satisfactoriamente equipado, incluso si el resultado es deseable. Para reducir las expectativas negativas y la ansiedad que las mantiene, parecen significativos dos métodos: 1) modificar directamente la forma perjudicial en que los sujetos etiquetan la situación y 2) incrementar directamente las habilidades de la persona (Kelly, 1987).

---

---

## **8.4. ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES**

Los principios de tratamiento que resultan cruciales para cualquier entrenamiento de las habilidades sociales según Gil y León (1998), siguen la siguiente secuencia: proporcionar instrucciones, modelar, realizar ensayos conductuales, retroalimentar y modelar, reforzar y generalizar.

### **1. Instrucciones.**

Las instrucciones son explicaciones claras y precisas que funcionan como instigadores de las conductas que deben ejecutarse. El monitor las utiliza para favorecer que los participantes centren su atención en determinados aspectos de su comportamiento, los ejecuten adecuadamente, y puedan ser entonces reforzados y afianzados.

### **2. Modelado**

El modelado persigue favorecer la emisión de las conductas adecuadas a través de observación de modelos que las realizan y que reciben reforzamiento por ello. Consiste en que una persona competente en las conductas objeto del entrenamiento, las emita de forma adecuada en presencia de los sujetos que van a ser entrenados, y esta ejecución sea reforzada. El sujeto puede aprender por observación a realizar tanto la conducta nueva o a mejorar otra que ya existía en su repertorio.

Existen múltiples modalidades de aprendizaje por observación en función de quiénes desempeñan el papel de los modelos, ya que puede tratarse de los propios miembros del grupo de entrenamiento, de alguno de los entrenadores, o de sujetos ajenos al grupo. También varían los diferentes tipos de modelado en función de que los modelos estén presentes físicamente y realicen los comportamientos delante de los sujetos, o de que su presencia sea simbólica y se les observe a través de cintas grabadas, videos o descripciones verbales. Por último, puede optarse entre hacer la observación en vivo, con un modelo observable, o hacerla en forma encubierta, imaginándose la actuación del modelo, por ejemplo a través de las indicaciones del terapeuta.

---

---

### **3. Ensayo conductual**

Consiste en practicar masivamente las conductas que son objeto de intervención para valorarlas y en consecuencia reforzarlas o no inmediatamente. En el ensayo conductual los participantes ponen en práctica las habilidades observadas en los modelos. Pueden realizarse los ensayos de forma real o encubierta. En el primer caso los sujetos practican las conductas en situaciones de interacción social reales o simuladas, mientras que en el segundo caso se ejecutan las conductas a través de la imaginación. Puede utilizarse primero el ensayo encubierto o en imaginación para ejercitar una conducta y anticipar así posibles situaciones inesperadas que puedan surgir durante el ensayo y su solución; a continuación se puede realizar el ensayo real en situaciones controladas y posteriormente se puede volver a ensayar en imaginación.

### **4. Retroalimentación y modelado**

La retroalimentación es parte inseparable del ensayo, suele realizarse inmediatamente después, o incluso de forma simultánea, ya que consiste en proporcionar información de las habilidades sociales durante el ensayo para que el sujeto pueda perfeccionarlas.

Existen diversas modalidades en función del canal a través del cual se proporciona la información del sujeto y de quién sea la persona que la proporciona. Con respecto al canal de comunicación existe un tipo de retroalimentación visual y otro verbal. En el primer caso el sujeto recibe la información sobre cómo ha ejecutado la conducta a través de filmaciones de las escenas, y en el segundo caso a través de los comentarios de las personas que estaban presentes durante los ensayos (monitores y compañeros). Pese a la mayor objetividad, fiabilidad y precisión del primer método conviene combinarlo con el segundo, dado que los sujetos tienden a ser selectivos, fijándose más en aspectos negativos de sus comportamientos que en los positivos.

### **5. Reforzamiento**

Se trata de proporcionar consecuencias positivas al sujeto cuando éste haya emitido la conducta adecuada y/o ha realizado alguna de las aproximaciones que se desean fortalecer.

---

Para ello, es preciso que la emisión de esta conducta sea seguida de la forma inmediata posible de reforzadores positivos o bien de la desaparición de estímulos reforzadores negativos.

Según el tipo de reforzadores utilizados, puede hablarse de reforzamiento verbal y reforzamiento material. En el primer caso los reforzadores utilizados son alabanzas, frases de reconocimientos y aprobación. En el segundo caso, los refuerzos son objetos tangibles tales como golosinas, dinero, etc.

Estos reforzadores pueden ser administrados por los monitores o por los propios compañeros de entrenamiento, lo que facilita la interacción entre los miembros y la cohesión grupal, o por el propio sujeto (autorrefuerzo). La administración del reforzador puede hacerse de forma continua o intermitente, pudiendo hablarse de programas de reforzamiento continuo o de reforzamiento intermitente.

## **6. Generalización**

La generalización consiste en asegurar que las habilidades sociales aprendidas en las sesiones se apliquen en situaciones distintas a aquellas en las que se produjo el entrenamiento. Para conseguir la generalización de las habilidades es imprescindible continuar practicando los comportamientos entrenados en la fase de adquisición, repitiendo de forma masiva los ensayos en diferentes situaciones y con diferentes personas. Estas practicas deben ejecutarse tanto en el contexto de entrenamiento como en las situaciones reales de cada una de las personas entrenadas.

### **8.5. ASERTIVIDAD Y SOLUCIÓN DE CONFLICTOS**

La asertividad y la habilidad de solucionar conflictos son componentes específicos de la competencia interpersonal. La primera le permite a una persona transmitir a otra sus posturas, opiniones, creencias o sentimientos de manera eficaz y sin sentirse incómoda (Kelly, 1997).

Por su parte, la habilidad de solución de conflictos está constituida por conglomerados de habilidades cognitivas y sociales interrelacionadas que se utilizan para resolver problemas



---

interpersonales. Requieren la iniciación de una acción o una reacción ante el comportamiento de otro (Gesten, Weissberg, Amish y Smith, 1987 citados en Arias y Fuertes, 1999).

A continuación se describirán más específicamente las habilidades de asertividad y solución de conflictos ya que formaron parte esencial en el desarrollo de esta investigación.

### 8.5.1. ASERTIVIDAD

Se define la asertividad como aquella habilidad personal de expresar directa y adecuadamente opiniones y sentimientos (tanto positivos como negativos) en situaciones sociales e interpersonales (Bartolemé, Carrobes, Costa y Del Ser citados en Flores y Díaz, 1995). En la práctica el entrenamiento en asertividad supone el desarrollo de la capacidad para (Marsellach, 1998):

- Expresar sentimientos o deseos positivos y negativos de una forma eficaz sin negar o desconsiderar los de los demás y sin crear o sentir vergüenza.
- Discriminar entre la aserción, agresión y pasividad.
- Discriminar las ocasiones en las que la expresión personal es importante y adecuada.
- Defenderse sin agresión o pasividad frente a la conducta poco cooperadora o razonable de los demás.
- Saber decir "no" o "sí" de acuerdo con lo que realmente se quiere decir.

La habilidad asertiva no tiene siempre como resultado la ausencia de conflicto entre las dos partes; pero su objetivo es la potenciación de las consecuencias favorables y la minimización de las desfavorables. La ventaja de aprender y practicar comportamientos asertivos es que se hacen llegar a los demás, los propios mensajes expresando opiniones y sentimientos sin utilizar conductas aversivas (Jakubowski, 1977).

En lo que se refiere a la comunicación de sentimientos es importante saber que no expresar lo que realmente se siente puede llevar a incrementos de estrés, ansiedad, problemas en el trabajo, en las relaciones sociales y familiares, inclusive problemas en el campo de la sexualidad. Se ha visto que una vez que una persona es capaz de expresar lo que se siente de manera clara y abierta, otros la respetan y aprecian y logra así una reciprocidad en la

---

---

comunicación. Es decir, una comunicación clara y abierta tiene una alta probabilidad de provocar como respuesta en otras personas comunicación de este mismo tipo (Rodríguez, 1991).

Dos de las áreas en las que se han llevado a cabo más estudios son las relaciones de pareja y de padres-hijos. En estas áreas se ha visto que el lograr expresar claramente lo que se siente y desea, evita malos entendidos, permite la verdadera satisfacción de necesidades y el establecimiento de relaciones constructivas para todas las personas (Rodríguez, 1999). Comunicarse abiertamente y de manera asertiva implica los siguientes factores (Aguilar, 1987):

1. Identificar lo que se siente, piensa y quiere.
2. Aceptar nuestros pensamientos, sentimientos y creencias.
3. Controlar los sentimientos que impiden la comunicación.
4. Buscar el momento y la situación oportuna para decir lo que se quiere decir.
5. Ser específico al expresar nuestros sentimientos, deseos o pensamientos y no interpretar los mensajes de los demás.
6. Expresar en forma clara y abierta los sentimientos y pensamientos
7. Dar respuestas claras y concretas de manera rápida.
8. Utilizar frases en primera persona.
9. Comunicar lo que se entendió.
10. Respetar a los demás.
11. Saber escuchar.
12. Ser positivo.

Finalmente, conviene enfatizar que la conducta asertiva tiene que adquirirse, no es un rasgo o disposición que un individuo posee, y consiste en un conjunto identificable de capacidades específicas.

### 8.5.2. LA HABILIDAD DE SOLUCIONAR CONFLICTOS

La habilidad de solucionar conflictos interpersonales ha sido abordada más específicamente como una variable propiamente cognitiva (Spivak y Shure, 1974, Urbain y Kendall, 1980 citados en Tisdelle y Lawrence, 1988), sin embargo, como ya se dijo esta

---

compleja habilidad social también implica la ocurrencia de habilidades no verbales, paralingüísticas y verbales.

La habilidad de solucionar conflictos se correlaciona positivamente con el ajuste emocional y conductual (Gottlieb y Asarnow, 1979; Hussian y Lawrence, 1981 citados en Tisdelle y Lawrence, 1988). Algunos investigadores han sugerido que la habilidad de solución de conflictos puede ser un prerrequisito para la salud mental y el ajuste conductual. (Foster & Ritchey, 1979; Spivak & Shure, 1974 citados en Tisdelle y Lawrence, 1988).

Un problema o conflicto puede definirse como una situación en la cual una persona deberá responder en relación con sus demandas internas o externas (D'Zurilla y Goldfried, 1971). Por otro lado Kifer, et al (1974) establecen que un conflicto ocurre cuando una persona habrá de elegir una alternativa entre varias posibles.

Kifer (1974) propone como estrategias de solución: planteamiento del problema, identificación de necesidades, generar alternativas, examen de alternativas, desarrollo de consecuencias para cada opción, elección y práctica de la alternativa y dar apoyo a la alternativa elegida.

Lane, T, (1995) afirma que la negociación es el objetivo central en el momento de solucionar un conflicto y se define como un tipo de comunicación en el que se intercambia información con el propósito de lograr acuerdos respecto a ciertos actos recíprocos o conjuntos. Esta negociación habrá de favorecer la mejoría de los participantes.

Goldstein y Rosebaum (1982) plantean 5 pasos necesarios para la negociación: plantear su propia posición, manifestar comprensión ante la posición de la otra persona, preguntar al otro si esta de acuerdo con las afirmaciones planteadas sobre su posición, escuchar abiertamente su respuesta y proponer un compromiso. Una vez establecido el compromiso se procede a desglosar el contrato conductual, el cual habrá de especificar quién ha de hacer qué, para qué, para quién, y bajo qué circunstancias. Esto permite que las expectativas sean explícitas y permite a la gente implicada conocer los costos y ventajas de hacer algo.

---

Finalmente Barragán, Morales, Barreto, Barragán y Ayala (1998), integran un modelo llamado SOCS, que tiene como objetivo proporcionar a los individuos estrategias cognitivas y habilidades sociales para la solución de conflictos y la búsqueda de reforzamiento recíproco.

Este modelo se lleva a la práctica por medio de cuatro etapas, que forman precisamente sus iniciales (SOCS) que significan lo siguiente:

- (S) *Situación*. En esta fase se tiene como finalidad describir clara y detalladamente la serie de elementos y condiciones ambientales o internas del individuo y que influye en su involucramiento en un problema.
- (O) *Opciones*. El propósito de este punto es buscar y agotar las posibilidades, generando opciones o alternativas de solución ante esta situación problemática.
- (C) *Consecuencias*. La importancia de este punto es que después de haber generado las opciones, se realiza el análisis de cada una de éstas, de acuerdo a su consecuencias favorables o desfavorables.
- (S) *Simulación*. Es un proceso práctico en el cual se lleva a cabo el entrenamiento de estrategias aprendidas ante situaciones problemáticas y que posteriormente serán llevadas a cabo en el escenario natural.

Con respecto a las habilidades sociales que este modelo propone para facilitar la comunicación en la solución de un conflicto, se encuentran las siguientes:

- **Contacto visual**. Voltear la cabeza hacia la otra persona y enfocarla visualmente, pudiendo mantener la mirada fija a los ojos de otro sujeto o en su defecto a la cara, no importando que el otro sujeto no esté viendo.
- **Contacto físico positivo**. Cualquier movimiento corporal de contacto que permita expresar afecto positivo: sonreír, acariciar, darse la mano, tocarse la pierna, etc.
- **Atender**. responder verbalmente a lo que el otro expresa.

- 
- 
- **Tono de voz adecuado.** Mantener un tono de voz que no lastime el oído del otro y que posibilite el diálogo.
  - **Disminución en el tono de voz.** Bajar en intensidad el tono de voz, más de lo que se estaba usando cuando la otra persona empieza a subirlo.
  - **Oraciones en primera persona.** Expresarse haciendo referencia a su propia persona, exponer sus propios sentimientos, intenciones, molestias, etc.
  - **Frases cortas y concretas.** Expresar directamente el mensaje que se desea comunicar.

Para efecto de esta investigación se adopto este último modelo debido a su efectividad, y porque considerara tanto habilidades conductuales como cognitivas.

#### **8.6. LA IMPORTANCIA DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN LA ADOLESCENCIA.**

Como se menciona en el capítulo V, en la adolescencia ocurren cambios drásticos a nivel físico, social y psicológico. Estos cambios alteran generalmente el tipo y la calidad de las interacciones que los jóvenes desarrollan con las personas significativas de su entorno (padres, hermanos, maestros, amigos o adolescentes del sexo opuesto). Por lo que se hace necesario que el joven posea o desarrolle aquellas conductas más idóneas que le permitan tener relaciones interpersonales más satisfactorias, constituyendo de esta forma un factor protector a diversos problemas (Ríos, 2002)

En distintos estudios realizados con población adolescente, se ha encontrado una relación estrecha entre déficit de conductas prosociales y ciertos trastornos de conducta, algunos de esos problemas se relacionan directamente con la salud, tales como la depresión (Spirito, Hart, Overhiser y Halverson, 1990 citados en Ríos, 2002), los embarazos no deseados (Ritter, 1989; Schinke, Blythe, Gilchrist, 1981 citados en Ríos, 2002), las adicciones (Ríos, Guarneros, Flores, Tejeda y Ríos, 1994 citados en Ríos, 2002), la anorexia y la bulimia. Otros se vinculan con lo social, entre ellos se encuentran: la drogadicción, la delincuencia (Sema, Schumaker, Hazle, Sheldon, 1986 citados en Ríos, 2001) y la agresión ( Wood, 1980). Otros más se asocian

---

con las tareas de desarrollo, por ejemplo, la deserción escolar, la autoestima (Englander, Jackson, Crane, Schwarz Kopf y Lyle, 1989 citados en Ríos, 2002), las aptitudes, la resolución de problemas (Plienis, Hansen, Ford, Smith, Stark, Kelly, 1987 citados en Ríos, 2001), los valores, la inhabilidad para rechazar relaciones sexuales no deseadas (Smith, Nagle, Jansen, 1993 citados en Ríos, 2001), entre muchos otros.

La carencia de una amplia variedad de habilidades de afrontamiento, hacen más vulnerable a los adolescentes para la adquisición de la conducta desviada. De aquí surge la importancia de que el adolescente desarrolle o amplíe su repertorio de habilidades sociales, para que aprenda a tomar decisiones propias, expresar opiniones, comportarse de forma asertiva, solucionar problemas, iniciar y mantener una conversación, dar elogios, mostrar afecto, hacer cumplidos, entre otras. El no tenerlas, lo puede conducir hacia el desarrollo de un comportamiento desadaptado con las normas sociales, nocivo para su salud o equivocado en el camino profesional, laboral o personal; sobre todo porque, se ha encontrado que no hay problema conductual que no se vea asociado con la carencia de habilidades sociales (Caballo, 1986).

Para los padres de familia las habilidades sociales adquieren importancia, entre otras cosas, en la función que ejercen de instruir y educar a su hijos, mediante la supervisión de actividades y el establecimiento de normas y límites basados en la posibilidad de diálogo y negociación (Secades, 1997).

Además algunos factores que se atribuyen al rompimiento de la relación ya sea de pareja o con los hijos, se basan en la falta de habilidades de los miembros para llegar a solucionar conflictos que surgen en la vida cotidiana y que los lleva al extremo de utilizar la fuerza física como medio para imponer sus razones y soluciones particulares (Barragán, 1998).

Como puede observarse, el campo de las habilidades sociales puede extenderse a diversas problemáticas, situaciones, poblaciones e intervenciones en los distintos niveles de prevención. En México, la investigación en torno a la eficacia del entrenamiento en habilidades sociales en adolescentes ha ido en aumento en diversos estados de la República, con resultados alentadores, sobre todo, en habilidades de afrontamiento para rechazar la presión del grupo ante una invitación para fumar, drogarse o asumir algún comportamiento delictivo (Ríos, 2002).

---

---

México, como país eminentemente de jóvenes, demanda una intervención simultánea preventiva y correctiva, donde las habilidades sociales alternativas, pueden ser una opción que hace probable dicha prevención y corrección. Si bien no garantizan la extinción de los problemas, sí hacen más probable su disminución y favorecen el éxito en las relaciones interpersonales, aspecto de suma importancia para la vida social en cualquier ámbito de interacción humana; donde dotar los adolescentes con destrezas sociales alternativas a los problemas de esta población resulta fundamental para su prevención (Ríos, 2002).

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

---

---

## MÉTODO

**OBJETIVO:** Describir y analizar una experiencia de prevención primaria de conductas de riesgo en adolescentes, mediante la enseñanza de habilidades sociales, desarrollada en la rotación de Psicología de la Salud en el Centro de Salud "Dr. Manuel Pesqueira".

Para llevar a cabo el análisis de esta experiencia se establecieron dos etapas:

- I. **Diagnóstico Comunitario**
- II. **Intervención Comunitaria**

Es importante señalar que esta experiencia se llevó a cabo mediante un convenio entre la Secretaría de Salud (SSA) y la Facultad de Psicología, instituciones que nos asignaron al C.S.U. "Dr. Manuel Pesqueira". Además tanto el Diagnóstico Comunitario, como la intervención se realizaron en el AGEB (Área Geográfica Básica) 049-0, el cual fue asignado por la directora del centro de salud.

### I. **DIAGNÓSTICO COMUNITARIO**

**SUJETOS:** 47 personas de 13 a 77 años de edad y de nivel socioeconómico medio bajo. El 19.1% perteneció al sexo masculino y el 80.9% al femenino. Además el 23.4% posee un nivel máximo de estudios de primaria, el 25.5% de secundaria, el 36.2% de bachillerato y el 14.9% de licenciatura.

**ESCENARIO:** AGEB 049-0, Col. El Rodeo, Delegación Iztacalco. Se encuestaron 47 viviendas.

**MATERIALES:** Hojas de respuestas y lápices.

**INSTRUMENTOS:**

1. **Guía de Entrevista Socioeconómica** (Ver anexo 1)

La Guía de entrevista socioeconómica está constituida por cinco áreas:

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



- 
- a) *Ficha de identificación.* Se obtienen datos personales del entrevistado como sexo, edad, estado civil, etc.
  
  - b) *Datos sociodemográficos - familia.* Proporciona información de ingreso mensual promedio de la familia, el nivel máximo de estudios y la ocupación de cada miembro, el número de familias que viven en la misma casa, el número de habitaciones y la situación legal del inmueble.
  
  - c) *Servicios.* Indica los servicios con los que cuenta la vivienda.
  
  - d) *Instituciones educativas, de salud y recreativas con que cuenta la comunidad.* Identifica los servicios de la comunidad que percibe el entrevistado.
  
  - e) *Problemas de la comunidad.* Identifica los problemas de la comunidad que percibe el entrevistado.

**2. Escala de Salud y Vida Cotidiana (HDL, Moos, 1984, adaptado por Ayala, 1992) (Ver anexo 2)**

El HDL permite un sondeo específico acerca de las condiciones de salud de las personas y eventos de la vida cotidiana ya sean negativos o positivos, además de reportar la manera de resolución y afrontamiento ante dichos eventos. El cuestionario consta de 141 reactivos, agrupados en las siguientes subescalas:

- a) *Indicadores relacionados con el funcionamiento de la salud física.* Estos indicadores evalúan la autoconfianza del individuo y diferentes aspectos de los síntomas físicos y los relacionados con el estado de ánimo, así como la intensidad del uso y de los problemas ocasionados por el consumo de sustancias como el alcohol y cigarrillos.

- 1. Condiciones médicas (cm)
- 2. Síntomas físicos (sf)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 
3. Humor depresivo (hd)
  4. Síntomas por fumar (sfu)
  5. Autoconfianza (ac)
  6. Uso de medicamentos (um)

b) *Indicadores de los eventos de cambios de vida.* Se tienen tres indicadores de cambio de vida, sondean eventos cotidianos con relación a su empleo o al funcionamiento individual.

7. Eventos negativos de cambio en la vida (en)
8. Eventos de salida (es)
9. Eventos positivos de cambio en la vida (ep)

c) *Indicadores de las respuestas de afrontamiento*

10. Afrontamiento cognitivo activo (acg)
11. Afrontamiento conductual activo (acd)
12. Afrontamiento de evitación (ae)
13. Análisis lógico (al)
14. Búsqueda de información (bi)
15. Resolución de problemas (rp)
16. Regulación afectiva (ra)
17. Descarga emocional (de)

d) *Indicador familiar*

18. Ambiente negativo en el hogar (an)

### **3. Cuestionario de Apoyo Social (Sarason y col. 1987) (Ver anexo 3)**

Este cuestionario evalúa, a través de 27 preguntas, el número de personas que proporcionan apoyo social y el nivel de satisfacción relacionado con el apoyo recibido.

### **4. Escala de Ambiente Social Familiar (FES, Moos, 1974 adaptado por Ayala, 1992). (Ver anexo 4)**

---

Factores tales como el ambiente familiar, las creencias y las costumbres son algunos de los elementos que aunados con las condiciones económicas y sociales de los individuos, determinan sus acciones.

FES mide a través de 90 reactivos las características del ambiente social de cualquier tipo de familia, las percepciones que las personas tienen de su ambiente familiar a través de las siguientes subescalas.

a) *Relaciones*

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

b) *Crecimiento personal*

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

c) *Mantenimiento del sistema*

9. Organización. (Org) El grado de importancia de una organización y estructura clara en planeación de actividades familiares y toma de responsabilidades.

---

---

10. Control.(Ct) Qué tanto se usan las reglas y procedimientos en la vida familiar.

**PROCEDIMIENTO:**

***FASE A. MAPEO DE RECURSOS Y NECESIDADES EN LA COMUNIDAD***

Se realizó un recorrido por las calles y avenidas que integran el AGEB 049-0, registrándose la estructura física (lote y manzana de cada una de las viviendas), las instituciones (escuelas), y servicios (pavimentación, alumbrado, agua, etc.). Utilizando esta información, se elaboraron croquis de cada una de las manzanas. (Ver anexo 5). Estos datos también sirvieron para actualizar la información del Centro de Salud "Dr. Manuel Pesqueira".

***FASE B. BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN***

Se acudió a la Delegación Iztacalco ubicada en Río Churubusco y Té, Plaza Benito Juárez, Col. Gabriel Ramos Millán, para obtener estadísticas de la población, los recursos y servicios que se ofrecen a la comunidad. Utilizando esta información, se elaboró un directorio de servicios que se entregó algunos de los miembros de la comunidad estudiada. (Ver anexo 6).

***FASE C. APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS***

Se obtuvo una muestra probabilística por conveniencia de 47 sujetos a quienes se aplicó, casa por casa, un estudio socioeconómico y los 3 instrumentos descritos anteriormente.

**ANÁLISIS DE RESULTADOS:**

Se realizó un análisis descriptivo tanto de los datos obtenidos en la Búsqueda de Información como de los obtenidos en la Aplicación de Instrumentos, no obstante con estos últimos se llevo a cabo un análisis estadístico, (utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS) comparando las medias de los resultados obtenidos con las normas

---

---

---

de los instrumentos, para conocer si existían diferencias estadísticamente significativas. Cabe mencionar que estos resultados fueron la base del diseño de la intervención. Para mayores detalles ver los resultados del diagnóstico comunitario.

Una vez analizados los resultados se elaboró una carta dirigida a cada una de las personas que participaron en la encuesta agradeciéndoles su cooperación e informándoles brevemente de los resultados. Además se les invitó a los talleres diseñados para su comunidad (Ver anexo 7).

## **II. INTERVENCIÓN COMUNITARIA**

**SUJETOS:** 12 adolescentes de 14 a 18 años de edad y 10 padres de familia, divididos en dos grupos independientes. Los participantes pertenecen a la comunidad estudiada.

**ESCENARIO:** Habitación de 12 metros cuadrados, con sillas. Perteneciente a la casa ubicada en calle 10, Mz. 24, lote 19, Col. El Rodeo (AGEB 049-0) en la Del. Iztacalco.

### **INSTRUMENTOS:**

**1. Cuestionario de Conocimientos de Factores Protectores y de Riesgo. (Pre y Post) (Ver anexo 8).**

Cuestionario de 10 reactivos de opción múltiple que miden los conocimientos adquiridos acerca de las características de la adolescencia y los factores protectores y de riesgo asociados al embarazo adolescente, las adicciones y el pandillerismo.

**2. Cuestionario de Conocimientos de Estrategias y Categorías Conductuales de SOCS (Pre y Post) (Ver anexo 9).**

Cuestionario de 10 reactivos que mide los conocimientos adquiridos acerca de las categorías conductuales y la secuencia lógica para la solución de conflictos.

**3. Cuestionario de Habilidades de SOCS. (Pre y Post) (Ver anexo 10)**

---

Consta de 29 reactivos divididos en cinco áreas que evalúan la percepción del sujeto en cuanto a las habilidades que posee para la comunicación eficaz y la solución de conflictos. El cuestionario tiene las siguientes áreas:

1. *SOCS*. Comprende los pasos para la solución de un conflicto.
2. *Negociar*. Abarca las habilidades necesarias para establecer acuerdos que permitan la solución de un conflicto.
3. *Conductas positivas*. Se refiere a las habilidades que mejoran la comunicación interpersonal.
4. *Conductas negativas*. Son aquellas habilidades que dificultan la solución de un conflicto.
5. *Asertividad*. Comprende las habilidades que permiten expresar sentimientos, opiniones y pensamientos en el momento oportuno y de forma adecuada.

#### **4. Cuestionario de Validez Social (Ver anexo 11)**

Mide a través de 10 reactivos la satisfacción del sujeto respecto a las metas, procedimientos y resultados de la intervención realizada.

#### **PROCEDIMIENTO:**

Primeramente se elaboró el programa de trabajo con base a las necesidades y recursos de la comunidad, detectados mediante el Diagnóstico Comunitario; preparando posteriormente el contenido del taller, el material didáctico y los instrumentos de evaluación. Después se eligió el lugar donde se impartiría el taller de acuerdo a la accesibilidad y el espacio. Las opciones que se tenían fueron ofrecidas por los mismos dueños de las casas durante las encuestas realizadas para el diagnóstico comunitario.

La promoción del taller se llevó cabo, durante una semana, por medio de invitaciones escritas, que se entregaron personalmente, a cada uno de los participantes de la encuesta

---

---

---

previamente realizada en la colonia El Rodeo. El resto de los miembros fueron convocados a través de volantes y carteles distribuidos en el C.S.U. "Dr. Manuel Pesqueira" y en las calles y negocios ubicados dentro de la colonia.

Al término de la semana de promoción, con las personas interesadas en el taller, se formaron dos grupos independientes: padres de familia y adolescentes de 14 a 18 años de edad. En ambos grupos se impartieron tres sesiones, una por semana, de dos horas cada una. En el Anexo 12 se presenta la planeación de las sesiones para ambos grupos.

### EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Para llevar a cabo la evaluación del taller, es decir, para obtener datos que nos informaran acerca de la eficacia del taller, se realizó una evaluación Pre y Post, es decir, se evaluó a los participantes antes y después de la intervención, a través de 4 instrumentos que se desarrollaron específicamente para esta investigación.

### ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados se analizaron mediante el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), comparando las medias de los datos obtenidos en la evaluación Pre con las de la evaluación Post, para conocer si existían diferencias estadísticamente significativas.

## RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos, organizados de la siguiente forma: Resultados del diagnóstico comunitario; (Fase A. Mapeo de recursos y necesidades de la comunidad, Fase B. Búsqueda de información, Fase C. Aplicación de instrumentos), y resultados de la intervención comunitaria (Grupo 1. Padres de familia y Grupo 2. Adolescentes).

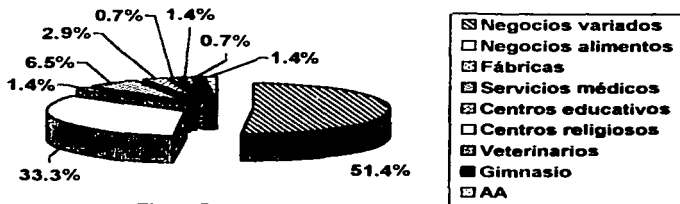
### I. DIAGNÓSTICO COMUNITARIO

#### FASE A. MAPEO DE RECURSOS Y NECESIDADES EN LA COMUNIDAD

A partir del recorrido por las calles y avenidas que integran el AGEB 049-0, se elaboro un croquis por cada una de las manzanas que la constituyen. Se registró la estructura física (lote y manzana de cada una de las viviendas) y las instituciones con que cuenta la comunidad (Ver anexo 1). Estos datos también sirvieron para actualizar la información del Centro de Salud "Dr. Manuel Pesqueira".

#### ➤ Recursos.

El AGEB 049-0 está integrado por los siguientes recursos: negocios con giros variados (51.4%), negocios de alimentos (33.3%), fábricas (1.4%), servicios médicos (6.5%), centros educativos (2.9%), centro religioso (0.7%), veterinarias (1.4%), gimnasio (0.7%) y alcohólicos anónimos (1.4%).(Ver fig. 1)





---

---

➤ **Características de la vivienda**

En esta zona las casas solas son una característica general del tipo de vivienda; están construidas con material resistente, techos de losa y pisos de cemento. En una proporción mínima existen casas con techos de lámina y casas con piso de mosaico.

➤ **Servicios Públicos**

El AGEB 049-0 cuenta con todos los servicios públicos, agua entubada, drenaje conectado a la calle, energía eléctrica, alumbrado público y recolección de basura doméstica. No obstante los miembros de la comunidad reportan anomalías en los siguientes aspectos: algunas veces hay escasez de agua y generalmente llega sucia, postes en mal estado y no hay recolección diaria de basura. No existe vigilancia y se reporta atención deficiente en los centros de salud.

➤ **Recursos de salud**

Los recursos de salud representativos del área son de tipo particular. Los médicos generales constituyen el 46.6%, los médicos especialistas (pediatra, dermatólogo, ginecólogo y dietista) el 26.6% y los dentistas 26.6% (Ver fig. 2).

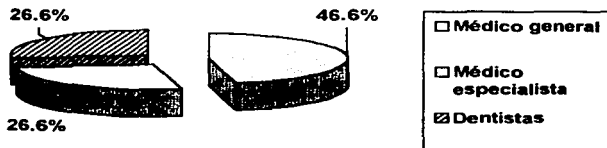


Fig. 2. Recursos de salud

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

➤ **Centros Educativos**

El 75% de los centros educativos que se encuentran en el área son particulares (jardín de niños, secundaria y un centro de regularización), el 25% restante lo constituye una primaria pública (Ver fig. 3).

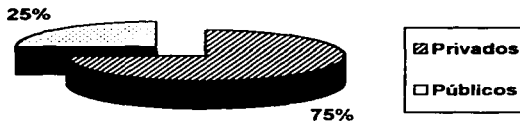


Fig. 3 Centros Educativos

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

➤ **Tipos de negocios**

Los comercios que tienen a la venta alimentos preparados representan el 21.7%, los que venden alimentos envasados el 52.2%, los no envasados el 23.9% y las bebidas alcohólicas 2.2% (Ver fig. 4).

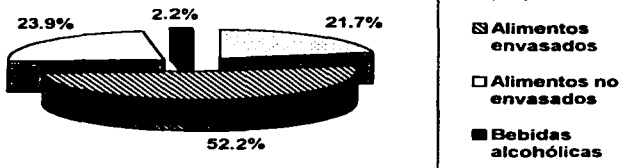


Fig. 4. Tipos de negocios

### ➤ Demandas en aspectos de salud

Para complementar la información obtenida mediante el mapeo, se utilizaron los datos recabados por las EDUFASA's (Educadoras Familiares) quienes trabajaban en el Centro de Salud.

Los miembros de la comunidad reportaron en el año 2000 las siguientes demandas: problemas visuales (8.1%), hipertensión arterial (1.6%), diabetes mellitus (2.7%), padecimientos mentales (1.5%), problemas ortopédicos (1.4%), drogadicción (0.2%) y otras enfermedades (11.5%); este último rubro incluye problemas de riñón, caries, osteoporosis, epilepsia, parkinson y artritis (EDUFASA's, 2000) (Ver fig. 5).

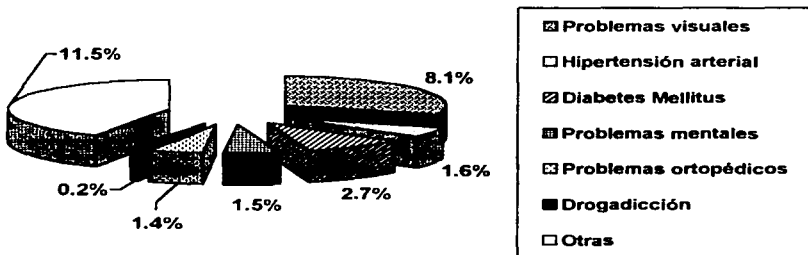


Fig. 5. Demandas de salud

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### ➤ Organizaciones

Se identificaron dos organizaciones de alcohólicos anónimos y una de taxistas independientes de oriente asociados al PRD.

### ➤ Instituciones Religiosas

En el AGEB-049-0 se identificó un Templo Jachin, iglesia de Dios "Séptimo Día"

---

---

## ➤ **Problemas Sociales**

En estudios anteriores (EDUFASA's, 1998) se han reportado problemas sociales como: drogadicción, vandalismo, madres solteras y desintegración familiar. En la investigación actual se identificó la existencia de embarazo adolescente, adicciones y pandillerismo.

## FASE B. BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN

De los resultados obtenidos en esta fase se describen a continuación los aspectos más relevantes de la población, recursos y servicios que tiene la Delegación Iztacalco y en el anexo 2 se muestran algunos ejemplos del directorio de servicios que se creo para los miembros de la comunidad estudiada.

### **1. Población**

Del total de habitantes en el Distrito Federal, según el censo de 1990, el 5.2% correspondía a 448,322 personas que habitaban en Iztacalco. Por otra parte Iztacalco ocupaba el noveno lugar respecto de las 16 delegaciones con mayor número de habitantes.

Sin embargo de todas las delegaciones, Iztacalco es la de mayor densidad de población con 19,282 habitantes por kilometro cuadrado, frente a un promedio de 5,494 en todo en Distrito Federal, y de 18,624 en la Delegación Cuauhtémoc, que ocupa el segundo lugar, seguida de Venustiano Carranza, con 16, 914 habitantes por kilometro cuadrado.

En Iztacalco se ha registrado uno de los más explosivos crecimientos de la capital y del país. En 1930 se censaron en la Delegación 9,261 habitantes, que para 1970 casi llegaron al medio millón (477,331), lo que significa un crecimiento de 50 veces en 40 años. El fenómeno se aprecia mejor si se resalta que entre los censos de 1940 y 1950, la población de Iztacalco creció 202% y la del Distrito Federal 73%; entre 1950 y 1960 fue 468% y de la capital 60%; y entre 1960 y 1970, el incremento fue de 140% frente a 41%. Dicho en otras palabras entre 1930 y 1950 la tasa de crecimiento media anual intercensal fue de 6.5, en el período de 1950-1970 fue de 13.5 y en 1970-1990 de 0.3 .

De acuerdo con el censo levantado en marzo de 1990, la población de la Delegación ascendió a 448, 322 personas, de las cuales 48.1% correspondía a hombres y 51.9% a

---

---

mujeres. Esta población total significó una disminución de un 21.4% respecto del censo realizado en 1980 (570,377 habitantes), y de 6.1 en cuanto al de 1970 (477, 331 habitantes), ocupando el noveno lugar de mayor a menor número de pobladores entre las delegaciones, y representando 5.44% del total del Distrito Federal (8,235,744).

## 2. Estructura de la población

De la estratificación de la población de Iztacalco por edades se puede resaltar que la de 0-18 años sumaba 165,231, la que representaba 36.8% del total, a la vez que la inscrita dentro de la mayoría de edad, representaba el 63.1% de cuyo total 46.8% correspondía a hombres y 53.1% a mujeres.

La población de 0 a 9 años constituía el 19.8%; la de 10 a 14 el 9.8%; la de 15 a 24 el 23.4%; la de 25 a 44 el 29.1%; la de 45 a 59 el 10.3%, y la de más de 59 años, el 7.2% .

Se puede resaltar también que al levantarse el censo en marzo de 1990, se registraron 53 personas de cien y más años de edad, siendo 15 hombres y 38 mujeres.

La juventud de la población se evidencia con los datos que se muestran en el siguiente cuadro:

Grupo	Porcentaje
0-24 años	53.3%
25-59 años	39.5%
60 y más años	7.2%

Cuadro 5. Distribución porcentual por edades

De los resultados del censo de 1990 se aprecia que el 77.1% de los habitantes eran originarios del Distrito Federal; 1.07% hablaba alguna lengua indígena; 2.6% eran analfabetas y 31.8% asistía a la escuela.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

---

---

### 3. Vivienda

En 1990 se censaron 93, 848 viviendas, que representaban el 5.2% de las del Distrito Federal y el correspondiente 10º lugar entre las delegaciones. Esto se tradujo en una densidad de 4, 036 viviendas por kilómetro cuadrado. Por otra parte, el promedio de habitantes por vivienda era de 4.77%, que excede un poco el promedio general del Distrito Federal que era de 4.57%.

Las viviendas propiedad de sus ocupantes representaban el 63.8% del total. Por otra parte las viviendas en departamento constituían el 46.9%.

De las características de las viviendas, se puede señalar que un 58.7% constaban de 3 a 5 cuartos; un 54.1% tenía de 2 a 3 dormitorios; 78.6% contaba con techos de losa y el 19.5% de algún tipo de lámina, ya sea de asbesto, metálica o de cartón; 57.9% tenía piso de cemento, y 40.3% de madera o mosaico.

Al año censal de referencia el 98.7% de las viviendas particulares habitadas disponía de agua entubada, el 98.2% de drenaje y el 99.7% de energía eléctrica

### 4. Participación Económica

La población económicamente activa representaba en 1990 el 47.6% de la población de 12 años y más de Iztacalco, y el 5.5% de la total del Distrito Federal. La población desocupada constituía el 2.7% de la económicamente activa, y la inactiva se integraba en 47.7% por personas dedicadas a la atención del hogar, 40.4% eran estudiantes, 4.8 jubilados y pensionados, 1.0% por discapacitados y 6.3% no especificados.

Para este mismo año, el 78% de la población ocupada de la Delegación eran empleados, obreros, o peones; el 17.9% trabajaba por su cuenta; 0.5% trabajaban sin remuneración; 1.7% no especificado y el 1.9% eran patrones o empresarios.

Las principales actividades de esta población ocupada fueron: los servicios comunitarios, los servicios personales, el transporte, las comunicaciones, la administración pública, la industria manufacturera y el comercio.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

---

---

Vale la pena mencionar, que el 61.5% de los ocupados percibían dos salarios mínimos o menos y sólo 7.1% recibían más de 5 salarios mínimos.

### **5. Industria**

En su Programa Parcial de Desarrollo Urbano, Iztacalco ocupa el segundo lugar en porcentaje de uso de Industria de suelo en el Distrito Federal (11%), después de Azcapotzalco (19%).

En 1989 fueron censados 1, 419 unidades de manufacturas, lo cual ubicó a la Delegación en el 7º lugar en el Distrito Federal con cerca de cuarenta mil personas ocupadas.

En 1994 se censaron en la Delegación Iztacalco 14,376 unidades económicas, de las cuales 1,960 son manufactureras y dan ocupación a 43,563 trabajadores, con lo que se mantiene en el 7º lugar.

Por el número de establecimientos las actividades industriales más importantes en la Delegación son: la producción de alimentos y bebidas de las cuales la molienda de nixtamal, la elaboración de tortillas, panificadoras y producción de lácteos representan el mayor número: le siguen en importancia la fabricación de productos metálicos, producción de textiles y prendas de vestir, fabricantes de muebles y colchones, imprentas y editoriales, sustancias químicas y productos de plástico.

### **6. Comercio**

En 1989 había 6,034 establecimientos dedicados al comercio que daban ocupación a más de 16,000 personas, el 96.2% de ellas realizaban actividades al menudeo.

En los censos económicos de 1994 se enumeran 7,482 establecimientos comerciales, de éstos, los más numerosos son: los que expenden productos alimenticios, bebidas y tabacos al por menor, llantas y refacciones; productos no alimenticios al por mayor; productos alimenticios bebidas y tabacos al por mayor y material de desecho.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

---

---

## 7. Servicios

Por lo que se refiere al sector de servicios, en 1989 fueron enumerados en Iztacalco 3,324 establecimientos, que representan el 4.4% de los existentes en el Distrito Federal, y ocupa el 9º lugar entre las delegaciones en cuanto a total de establecimientos.

En 1994 se enumeran 4, 934 negocios de servicios, los cuales constituyen el 4.6% del total del Distrito Federal y continúa ocupando el 9º lugar en cuanto a número de establecimientos.

Las ramas de actividad más importantes por número de unidades son: reparación y mantenimiento automotriz, reparación a hogares, servicios personales diversos, servicios médicos, odontológicos y veterinarios, tintorerías y lavanderías; servicios educativos; reparación y mantenimiento de maquinaria y equipo; centros recreativos, restaurantes y loncherías.

## 8. Servicios Urbanos

La evolución de un entomo de más de nueve mil habitantes en 1929, cuando Iztacalco fue transformado en Delegación, en otro, para más de 450, 000 en el momento actual, constituye también la transformación de un pueblo de alrededor de 1,500 viviendas, en una aglomeración de más de 93,000.

A continuación se describen los elementos de infraestructura de servicios con los que cuenta Iztacalco y que constituyen a la delegación como uno de los espacios más ampliamente dotados de la República.

### ♦ Agua Potable

La delegación dispone de un caudal de 3.6 m<sup>3</sup> por segundo y cuenta con 194 litros de agua por habitante al día, a través de 38 kilómetros y 887 kilómetros de red secundaria. La cobertura domiciliaria de agua entubada alcanza el 98.7%.

Para atender demandas por insuficiencia de suministro, se tienen 3 carros tanque que realizan distribución gratuita, con una capacidad anual de 6, 459 m<sup>3</sup>.

El tratamiento de aguas residuales es realizado en dos plantas, la mayor de ellas ubicada en Ciudad Deportiva, con capacidad de 215 litros por segundo, de la cual parten 35 kilómetros



---

de la red que corre por Av. Río Churubusco; Av. Plutarco Elías Calles; Eje Vial Molina Enriquez; Av. Coruña, calle Centeno, y calle Canela; y la localizada en la Unidad Habitacional Infonavit Iztacalco, con capacidad para procesar 15 litros por segundo, también conectada a la red de distribución ya mencionada.

La planta de tratamiento de la Magdalena Mixhuca, ha sido concesionada a la empresa "Aguas Tratadas de Iztacalco" (ATISA), construida por industriales asentados en la Delegación, que se han cargado de su rehabilitación y administración, a fin de que en los procesos industriales se reduzca la utilización de agua potable.

#### ✦ **Drenaje y Alcantarillado**

La red primaria tiene 74.2 km. y la secundaria 492.2 km. La cobertura domiciliaria por disponibilidad de drenaje conectado a la calle llega al 98.5%, que constituye el tercer lugar, después de Benito Juárez y Venustiano Carranza.

A la red se encuentran conectadas más de 45,000 coladeras pluviales y 12,586 pozos de vista. De acuerdo con los datos derivados del censo de 1990, más del 90% de las viviendas disponen de retrete conectado al drenaje, lo que ubica a Iztacalco en el 9º lugar entre las delegaciones.

#### ✦ **Recolección de Desechos Sólidos**

Para la recolección se tienen establecidas 61 rutas, y 6 de recolección escolar, contándose con 93 vehículos.

El barrido de las calles de la vialidad secundaria a cargo de la Delegación, se realiza en 423 tramos de barrido de 2.5 Km cada uno, con 445 carros y las vías primarias son atendidas por la Dirección General de Servicios Urbanos.

#### ✦ **Alumbrado Público y Electricidad**

La red primaria de luminarias, instaladas en las vías que atiende la Dirección General de Servicios Urbanos consta de 2,281 piezas, y la red secundaria se integra con 12,375 de vapor de sodio de alta presión, cuyo total representa una densidad de 629 luminarias por km<sup>2</sup>.

Por otra parte, 99.7% de las viviendas cuentan con energía eléctrica, con lo que se podría decir que la Delegación está prácticamente cubierta en este servicio.

♦ **Áreas Pavimentadas**

Las vías primarias tienen una extensión de 75 Km, y la vialidad secundaria suma 332 Km, todo ello con una superficie de carpeta asfáltica de 3' 816,195 m<sup>2</sup>. Se dispone además de 1'304,648 m<sup>2</sup> de banquetas y 705, 197 metros lineales de guarniciones.

♦ **Transporte Público**

Los servicios de transporte movilizan un estimado de 650,000 viajes-personas-día, lo cual representa el 5% del Distrito Federal. La Delegación está comunicada por siete líneas del Metro (Ver cuadro 6):

<b>Línea</b>	<b>Estaciones</b>
1. Pantitlán-Observatorio	Pantitlán
2. Taxqueña-Cuatro Caminos	Viaducto
4. Santa Anita Martín Carrera	Santa Anita
5. Pantitlán-Politécnico	Pantitlán
8. Constitución de 1917-Garibaldi	Iztacalco, Coyuya y Santa Anita
9. Pantitlán-Tacubaya	Pantitlán, Puebla y Ciudad Deportiva
A. Pantitlán-La Paz	Agrícola Oriental, Canal de San Juan y Pantitlán.

Cuadro 6. Líneas del metro que comunican a Iztacalco

♦ **Áreas Verdes**

Las áreas verdes suman alrededor de 1'053,579, integradas por 7 parques, 21 jardines y las zonas forestales en camellones, además 150,000 m<sup>2</sup> jardinados de la Ciudad Deportiva, administrada por la Dirección General de Promoción Deportiva del Departamento del Distrito Federal.

---

De acuerdo con datos contenidos en el "Atlas de la Ciudad de México", Iztacalco ocupa el décimo lugar entre las delegaciones en cuanto a superficie verde en parques, jardines, camellones y glorietas.

✦ **Servicios Médicos**

Los servicios médicos de que disponen los vecinos de la Delegación están integrados por 6 centros de salud de la Secretaría del ramo; 3 clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social y una del ISSSTE; 2 hospitales del IMSS, uno pediátrico del D.D.F y 3 consultorios de la Delegación. Estos servicios cuentan en conjunto con 350 consultorios, 9 unidades médicas, un centro de socorro de la Cruz Roja, un Centro Contra las Adicciones, y un Centro de Control Canino.

✦ **Servicios Educativos**

En cuanto a escuelas oficiales se refiere, en 1994 la Delegación contaba con los siguientes planteles educativos mostrados en el cuadro 7:

<b>Nivel</b>	<b>Núm. de Planteles</b>
CENDI	13
Primaria	72
Secundaria	20
Educación Especial	2
Medio Superior	8
Superior	2

Cuadro 7. Centros educativos en Iztacalco

Entre las instituciones más notables se encuentra el plantel del Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP); el plantel 2 "Erasmus Castellanos Quinto" de la Escuela Nacional Preparatoria, UNAM; la Escuela Superior de Educación Física (ESEF), de la Secretaría de Educación Pública, y la Unidad Profesional Interdisciplinaria de Ingeniería, Ciencias Sociales y Administrativas (UPIICSA) del IPN.

---

Bajo la administración de la Delegación funcionan 13 Centros de Desarrollo Infantil (CENDI), en los que se atiende a los hijos de trabajadores de los mercados públicos, fundamentalmente, aunque también se otorga servicio a otros miembros de la comunidad.

También, bajo la directa responsabilidad de las autoridades delegacionales, se presta el servicio de educación para adultos, en los niveles escolares de primaria, secundaria y preparatoria. Se atiende a los alumnos en 3 círculos de estudio situados en distintos puntos de la Delegación. Hacen uso de este servicio 350 alumnos en promedio.

◆ **Cultura y Recreación**

El impulso en el ámbito cultural se apoya mediante ocho bibliotecas coordinadas por la Delegación y una por la Delegación General de Bibliotecas de la Secretaría de Educación Pública, con un acervo de alrededor de 33,000 volúmenes y capacidad para 20,000 usuarios mensuales; se cuenta también con 2 foros al aire, una Casa de la Cultura, 6 Centros Sociales y Culturales y 7 Centros Sociales y Deportivos.

◆ **Promoción Deportiva**

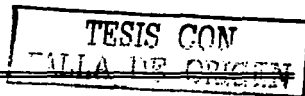
Se cuenta con 7 Centros Sociales y Deportivos, en los cuales se practican diferentes disciplinas. Además, existen 49 módulos deportivos, ubicados en 14 colonias de la Delegación.

◆ **Desarrollo Social**

Se dispone de 6 Centros Sociales y Culturales, en los cuales se desarrollan talleres de artes, oficinas y manualidades, conferencias, exposiciones, cine-clubes y actividades de alfabetización, educación abierta y regularización de materias.

El fomento del empleo se realiza a través del Centro de Oficios y del Centro Promotor y Capacitador para el Empleo (CEDEPECA), mediante los cuales se brindan alternativas de trabajo y adiestramiento.

De igual forma, se encuentra en funcionamiento el Centro de Atención Integral a la Mujer "Fortaleza", en donde se brinda servicio y apoyo en diversas áreas como asesorías legales, orientación psicológica, cursos y talleres, entre otros.



---

♦ **Abasto y Comercialización**

La infraestructura comercial la constituyen 16 mercados públicos y 8 concentraciones comerciales, con 3, 959 locatarios registrados.

Además, 11 uniones de comerciantes tianguistas se ubican en diferentes días dentro del perímetro delegacional, así como 4 mercados sobre ruedas que operan una vez por semana.

♦ **Seguridad Pública y Procuraduría de Justicia**

El sector 4 de la Secretaría General de Protección y Vialidad está dividido en los sectores, oriente y poniente (teniendo como eje divisorio la avenida Río Churubusco), integrado por una plantilla de 640 policías preventivos, por lo cual se cuenta en promedio con 28 elementos por km<sup>2</sup> y 14 por cada 10,000 habitantes.

La fuerza policiaca dispone de 121 vehículos, que representa en promedio 5 unidades por km<sup>2</sup>. Por otra parte existen 6 módulos de vigilancia, con un promedio de cobertura de 3.8 km<sup>2</sup> por módulo.

La Procuraduría General de justicia del Distrito Federal cuenta en la Delegación con 55 policías judiciales y 36 vehículos, así como las instalaciones de su Delegación Regional.

En 1955 se construyó el Campamento del agrupamiento a caballo, con capacidad para 42 elementos y caballerizas para 22 semovientes, así como 2 subsectores de policías, uno en la colonia Militar Marte y otro en la colonia Santa Anita con lo que se cuenta con 4 subsectores en total.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

---

---

**FASE C. APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS:**

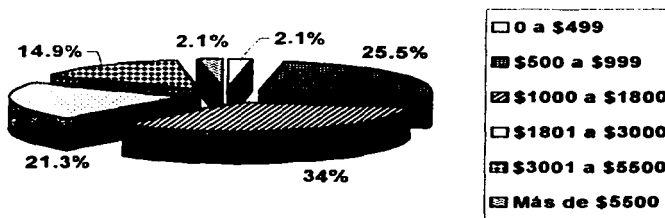
**1. Guía de Entrevista Socioeconómica**

a) **Ficha de Identificación.** Los datos más importantes obtenidos mediante este apartado fueron reportados en las características de los *sujetos* (Ver Método).

**b) Datos sociodemográficos-familia**

➤ **Ingresos**

Con respecto a los ingresos mensuales, se encontró que el 2.1% de los entrevistados obtienen \$499 o menos, el 25.5% alcanza de \$500 a \$999, el 34% entre \$1000 y \$1800, el 21.3% entre \$1801 y \$3000, el 14.9% entre \$3001 y \$5500 y el 2.1% alcanza más de \$5500 (Ver fig. 6).



**Fig. 6. Ingresos mensuales**

➤ **Casa**

A este respecto, el 70.2% reportó que la casa que habitan es propia, el 19.1% rentada y el 10.6% prestada. Además el número de habitaciones que tienen es de alrededor de 6 con un promedio de 7 focos (Ver fig. 7).

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

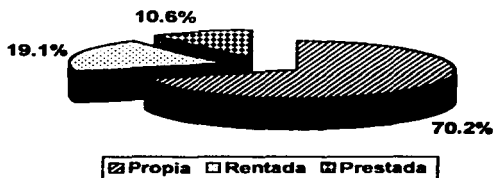


Fig. 7. Estado de la casa

### c) Servicios

En cuanto a los servicios, se encontró que el 100% cuenta con luz eléctrica, el 93.6% techo de concreto, el 8.9% regadera, el 70.2% calentador, el 91.5% TV a color, el 14.9% secadora, el 80.9% lavadora, el 38.2% automóvil y de éstos el 12.8% tiene seguro para automóvil, el 8.5% servidumbre de planta o de tiempo parcial, el 53.2% reproductor de discos compactos, el 8.5% TV por cable, el 61.7% teléfono, el 12.8% teléfono celular y 0% antena parabólica (Ver fig. 8).

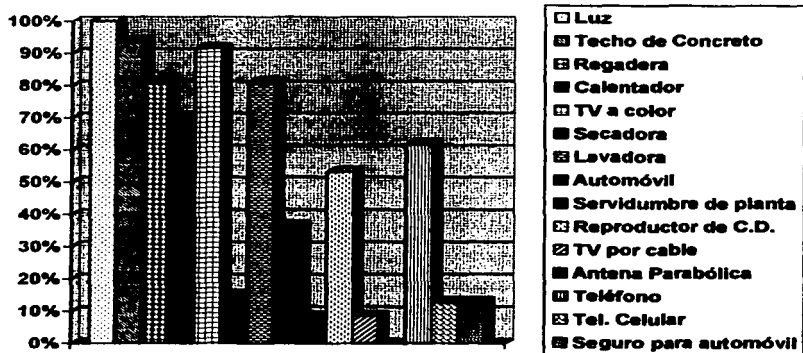


Fig. 8. Servicios

#### d) Instituciones educativas, de salud y recreativas

##### > Recursos Percibidos

De las personas encuestadas, el 10.6% percibió contar con mercados, el 66% deportivos, el 12.8% bibliotecas, el 83% escuelas, el 55.3% parques, el 6.4% centros comunitarios, el 6.4% iglesias, el 8.5% fábricas, el 4.3% transporte, el 4.3% tiendas de abarrotes, el 2.1% bancos, el 17% canchas, el 6.4% farmacias y 0% tiendas de autoservicio (Ver fig. 9).

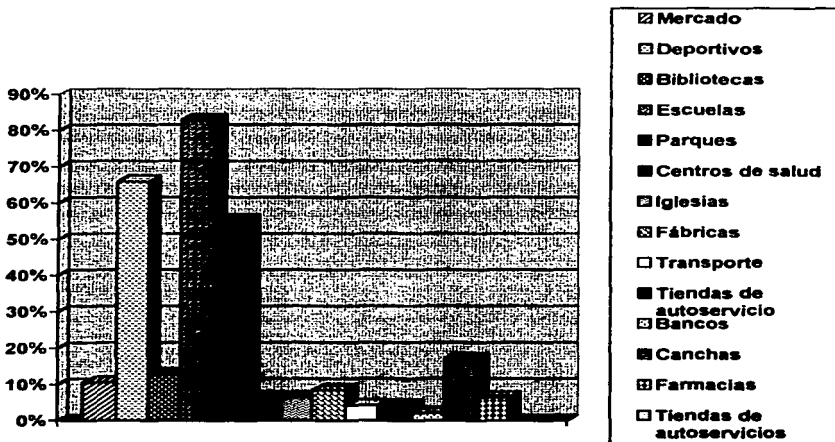


Fig. 9 Recursos Percibidos

#### e) Problemas de la comunidad

A continuación se presentan en orden de importancia, los principales problemas reportados por la población en general y aquellos percibidos específicamente por los adolescentes<sup>1</sup>:

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



---

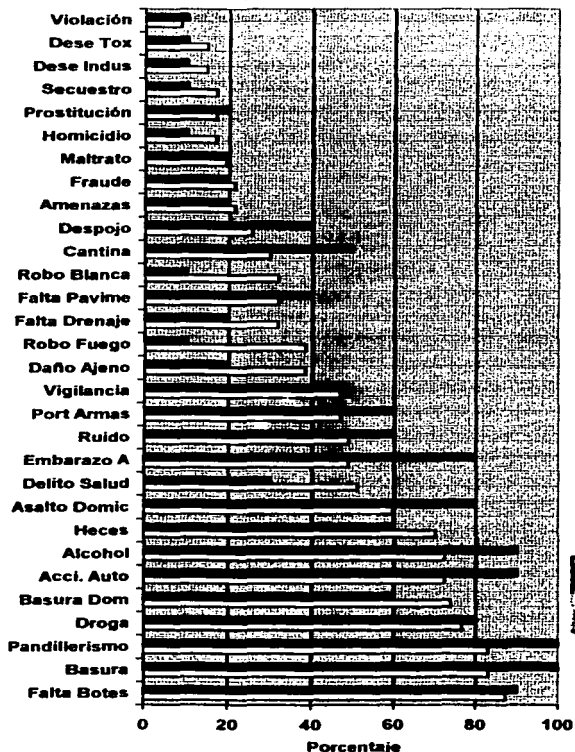
➤ **Problemas principales reportados por la población en general: (Ver fig. 10):**

1. Falta de botes
2. Pandillerismo / Basura
3. Drogadicción
4. Basura doméstica
5. Alcoholismo / Accidentes automovilísticos
6. Heces en la vía pública
7. Asalto domiciliario
8. Delitos contra la salud
9. Embarazo adolescente / Ruido
10. Portación de armas

➤ **Problemas principales reportados por los adolescentes de 13 a 18 años (Ver fig. 10):**

1. Pandillerismo / Basura
2. Alcoholismo / Accidentes automovilísticos / Falta de botes de basura
3. Embarazo adolescente / Drogadicción / Asalto domiciliario
4. Basura doméstica / Heces fecales en la vía pública / Ruido / Portación de armas
5. Cantinas
6. Despojo / Falta de pavimentación / Vigilancia
7. Delitos contra la salud
8. Daño en propiedad ajena / Falta de drenaje / Amenazas / Fraude / Maltrato infantil / Prostitución.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



■ Adolescentes  
□ Poblacion general

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Fig. 10. Problemas sociales

<sup>1</sup> La distribución poblacional de la delegación Iztacalco muestra como grupos mayoritarios a los adolescentes y adultos jóvenes. Por tal motivo se considero importante realizar un análisis de los adolescentes como grupo independiente.

---

## 2. Escala de Salud y Vida Cotidiana (HDL) (Ver fig. 11)

Se observaron por arriba de la norma en la población total las siguientes subescalas:

- ↑ Condiciones médicas (CM)\*
- ↑ Síntomas físicos (SF)\*
- ↑ Humor depresivo (HD)\*
- ↑ Uso de medicamentos (UM)
- ↑ Eventos negativos (EN)
- ↑ Eventos de salida (ES)
- ↑ Eventos positivos (EP)\*
- ↑ Afrontamiento de evitación (AE)\*
- ↑ Búsqueda de información (BI)\*
- ↑ Regulación afectiva (RA)\*
- ↑ Ambiente negativo en el hogar (AN)\*

Por debajo de la norma se encuentran las siguientes subescalas:

- ↓ Síntomas por fumar (Sfu)\*
- ↓ Autoconfianza (AC)\*
- ↓ Afrontamiento cognitivo activo (ACG)\*
- ↓ Afrontamiento conductual activo (ACD)\*
- ↓ Análisis lógico (AL)\*
- ↓ Resolución de problemas (RP)\*
- ↓ Descarga emocional (DE)\*

En la muestra de adolescentes (13 a 18 años) se observaron por arriba de la norma las siguientes subescalas (Ver fig, 11):

- ↑ Condiciones médicas (CM)\*
  - ↑ Síntomas físicos (SF)\*
  - ↑ Humor depresivo (HD)\*
  - ↑ Uso de medicamentos (UM)
  - ↑ Eventos negativos (EN)\*
-

- 
- 
- ↑ Eventos de salida (ES)\*
  - ↑ Afrontamiento de evitación (AE)\*
  - ↑ Búsqueda de información (BI)\*
  - ↑ Regulación afectiva (RA)\*
  - ↑ Descarga emocional
  - ↑ Ambiente negativo en el hogar (AN)\*

Por debajo de la norma se encuentran las siguientes subescalas:

- ↓ Síntomas por fumar (Sfu)\*
- ↓ Autoconfianza (AC)\*
- ↓ Eventos positivos (EP)
- ↓ Análisis cognitivo activo (ACG)\*
- ↓ Análisis conductual activo (ACD)\*
- ↓ Análisis lógico (AL)\*
- ↓ Resolución de problemas (RP)\*

\* Diferencias estadísticamente significativas

TESIS CON  
FALLA DE CALIDAD

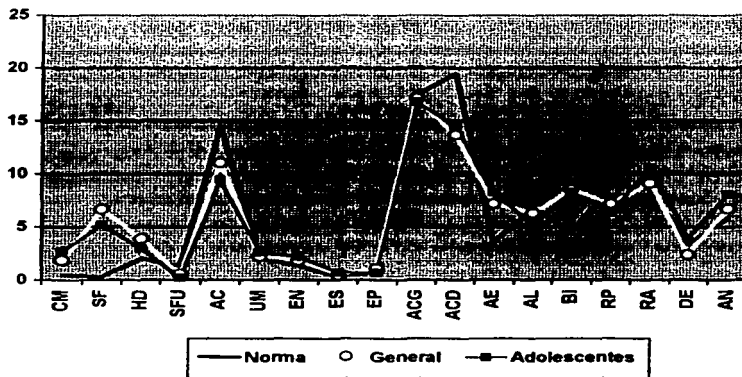


Fig. 11. Escala de salud y vida cotidiana (HDL)

### 3. Cuestionario de Apoyo Social

Se encontró una media de redes sociales de 2.43, y un grado de satisfacción de 5. Esto indica que las personas cuentan con al menos 2 personas de las que esperan recibir apoyo social y se sienten satisfechos.

### 4. Escala de Ambiente Social Familiar (FES) (Ver fig. 12)

En la muestra encuestada se encontraron dentro de la norma las subescalas de Orientación a metas (OM) y Control (Cti); la subescala de organización\* se ubica por arriba de la norma y por abajo las subescalas de:

- ↓ Cohesión (C)
- ↓ Expresividad (Ex)\*
- ↓ Conflicto (Con)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- ↓ Individualidad (Ind)\*
- ↓ Orientación cultural intelectual (OCI)
- ↓ Recreación (Rec)\*
- ↓ Religiosidad (Rel)

En la muestra de adolescentes (13 a 18 años) las subescalas dentro de la norma son Control (Ct), Conflicto (Con), Individualidad y Orientación a metas (OM); por arriba de la norma la subescala de Organización (Org) y por debajo:

- ↓ Cohesión (C)\*
- ↓ Expresividad (Ex)\*
- ↓ Orientación cultural intelectual (OCI)
- ↓ Recreación (Rec)
- ↓ Religiosidad (Rel)\*

\* Diferencias estadísticamente significativas

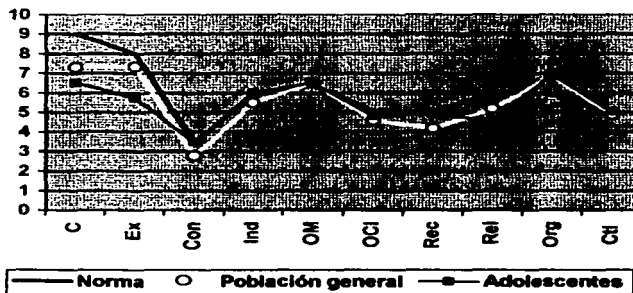


Fig. 12. FES población general y adolescentes de la comunidad El Rodeo

Mediante la realización de este diagnóstico se observó que la comunidad estudiada, cuenta con los recursos indispensables para el desarrollo de una comunidad como son

---

---

servicios públicos, de salud, educativos, recreativos, religiosos, negocios y asociaciones no lucrativas como alcohólicos anónimos, etc. (aunque muchos de ellos no son percibidos por sus habitantes). Además se encuentra ubicada en un área geográfica con vías de comunicación y transporte que le permite a sus miembros tener fácil acceso a otras comunidades y servicios

Sin embargo no es una comunidad que posea las condiciones óptimas para mejorar la salud de sus habitantes y de la comunidad misma. Esto se refleja en las deficiencias de los servicios públicos que constituyen factores de riesgo como la escasez de agua, agua sucia, falta de vigilancia y alumbrado público, basura en las calles, heces fecales en la vía pública, además de problemas sociales como el pandillerismo, alcoholismo, embarazo adolescente y drogadicción. Aunado a una pobre organización de sus habitantes para llevar a cabo acciones en beneficio de su comunidad.

En cuanto a las características de las personas encuestadas se encontró, mediante la Escala de Salud y Vida Cotidiana (HDL), un alto índice de condiciones médicas, síntomas físicos, humor depresivo, y bajos niveles de autoconfianza, además de un afrontamiento cognitivo activo y conductual activo por debajo de la norma. Esto indica que las personas tienen altos niveles de estrés, realizan pocos intentos para evaluar la dificultad y solución de un problema y realizan escasas conductas para tratar directamente con dicho problema y sus efectos; de ahí que su afrontamiento se caracterice por respuestas de evitación. Todo esto se refleja claramente en la subescala de resolución de problemas, la cual se encuentra por debajo de la norma.

En los adolescentes, quienes fueron analizados por separado dada su importancia como grupo mayoritario en la delegación Iztacalco, se encontró que su afrontamiento es muy parecido al de la población en general, sin embargo perciben pocos eventos positivos y presentan un nivel mayor de descarga emocional, lo cual se puede explicar por las características de la etapa en que se encuentran (Ver capítulo 5). Además éste grupo percibió como problemas principales en su comunidad; el pandillerismo, alcoholismo, embarazo adolescente y drogadicción.

Con base en estos resultados, se diseñó el programa de intervención, enfocado a la población adolescente y a padres de familia con hijos adolescentes, para realizar prevención primaria de las principales conductas de riesgo detectadas en la comunidad; por lo que a continuación se presentan los datos obtenidos mediante la intervención comunitaria.

---

---

---

---

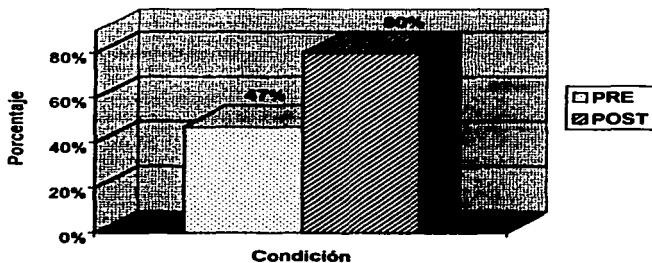
## II. INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Para el análisis estadístico de los resultados se utilizó el programa estadístico SPSS, comparando las medias pre y post de la intervención, con el objetivo de encontrar diferencias estadísticamente significativas entre ambas condiciones.

### GRUPO 1. PADRES DE FAMILIA

#### 1. Cuestionario de Conocimientos de Factores Protectores y de Riesgo.

En la figura 13 se presentan los datos del porcentaje de aciertos obtenidos antes (pre) y después (post) de la intervención. En este caso, se observó un incremento estadísticamente significativo de 33%.



**Fig. 13. Cuestionario de conocimientos de factores protectores y de riesgo**

#### 2. Cuestionario de Conocimientos de Estrategias y Categorías Conductuales de SOCS.

En la figura 14 se presentan los datos del porcentaje de aciertos obtenidos en las condiciones pre y post, observándose un incremento de 43% estadísticamente significativo.



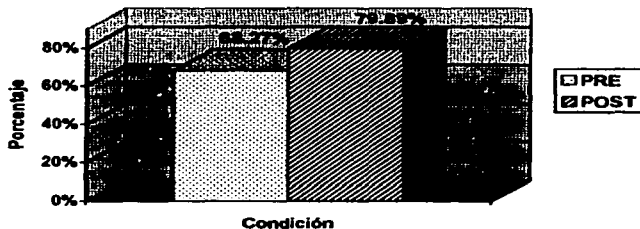


Fig. 15. Cuestionario de habilidades de SOCS

### 3. Cuestionario de Habilidades de SOCS.

La figura 15 muestra un incremento no significativo estadísticamente (11.62%) en las condiciones pre y post, con respecto a la percepción que tienen los sujetos para desempeñar las habilidades de comunicación eficaz y solución de conflictos.

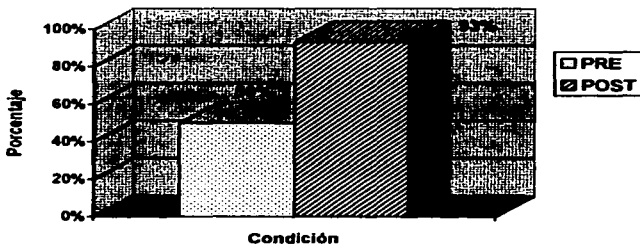


Fig. 14. Cuestionario de estrategias y categorías conductuales de SOCS

En las áreas que forman parte del cuestionario de habilidades se encontraron incrementos en las áreas de SOCS (15.4%) y Asertividad (11.7%) e incrementos estadísticamente

significativos en las áreas de Negociar (16.6%) y Categorías positivas (16.6%). La Categoría de conductas negativas muestra un decremento no significativo estadísticamente (5%) (Ver fig. 16).

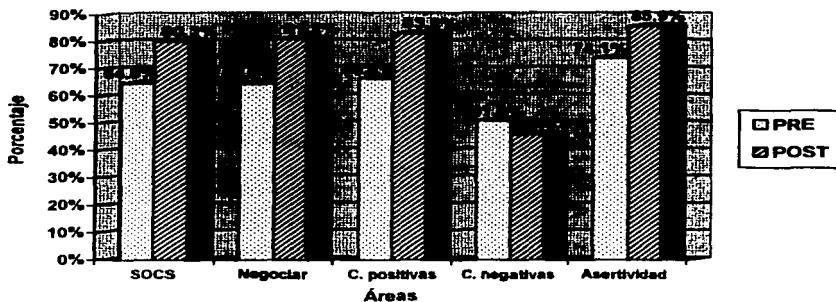


Fig. 16. Áreas del cuestionario de habilidades de SOCS

#### 4. Cuestionario de Validez Social

La validez social de la intervención comunitaria se evaluó con los porcentajes de satisfacción obtenidos en cada uno de los reactivos del cuestionario. (Ver fig. 17 a 26)

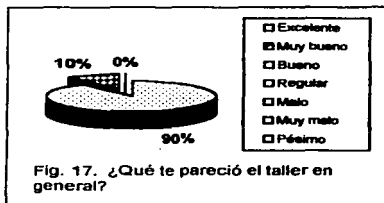


Fig. 17. ¿Qué te pareció el taller en general?

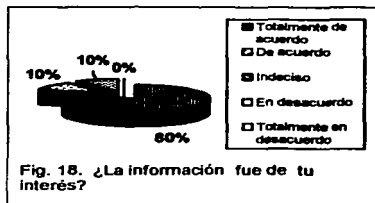
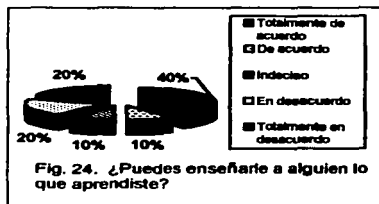
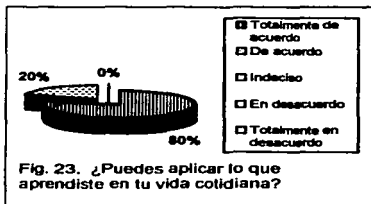
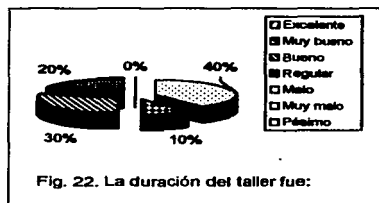
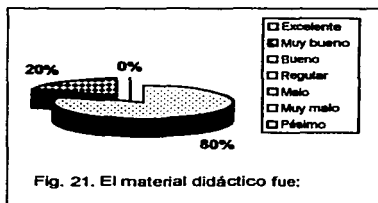
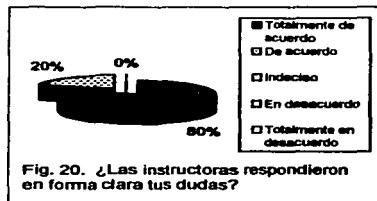
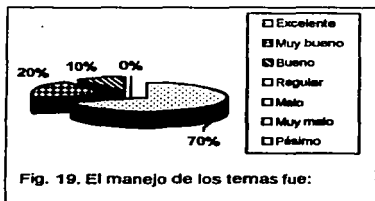
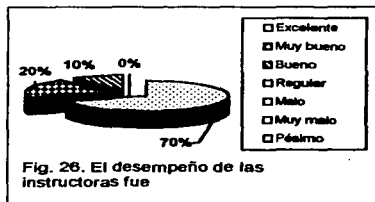
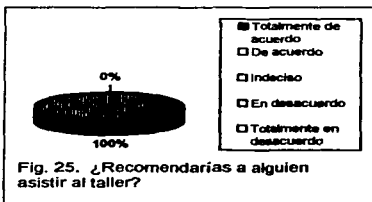


Fig. 18. ¿La información fue de tu interés?

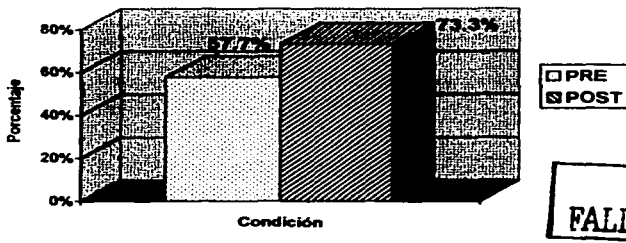




## Grupo 2. Adolescentes

### 1. Cuestionario de Conocimientos de Factores Protectores y de Riesgo.

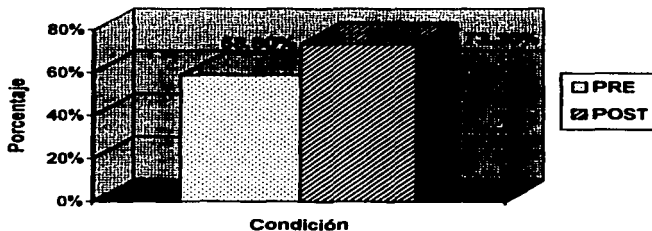
En la figura 27 se presentan los datos del porcentaje de aciertos obtenidos antes (pre) y después (post) de la intervención. En este caso, se observó un incremento no significativo estadísticamente de 15.6%.



---

## 2. Cuestionario de Conocimientos Estrategias y Categorías Conductuales de SOCS.

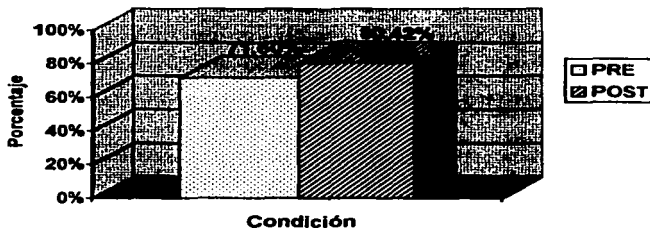
En la figura 28 se presentan los datos del porcentaje de aciertos obtenidos en las condiciones pre y post, observándose un incremento de 14.5% no significativo estadísticamente.



**Fig. 28. Cuestionario de conocimientos de estrategias y categorías conductuales de SOCS**

## 3. Cuestionario de Habilidades de SOCS

La figura 29 muestra un incremento estadísticamente significativo (8.72%) en las condiciones pre y post, con respecto a la percepción que tienen los sujetos para desempeñar las habilidades de comunicación eficaz y solución de conflictos.



**Fig. 29. Cuestionario de habilidades de SOCS**

En las áreas que forman parte del cuestionario de habilidades se encontraron incrementos en las áreas de SOCS (5.89%), Negociar (6.44%), Categorías positivas (4.22%), Categorías negativas (17.2%) y un incremento significativo estadísticamente en el área de Asertividad (10.30%) (Ver fig. 30).

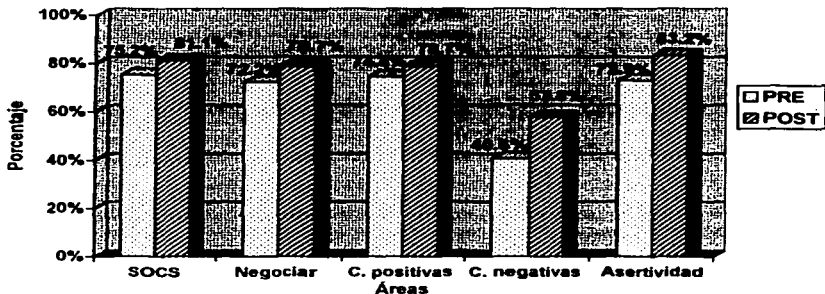


Fig. 30. Áreas del cuestionario de habilidades de SOCS

#### 4. Cuestionario de Validez Social ( Ver fig. 31 a 40)

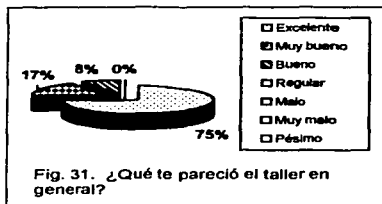


Fig. 31. ¿Qué te pareció el taller en general?

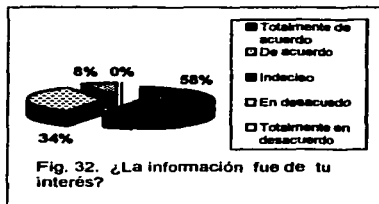
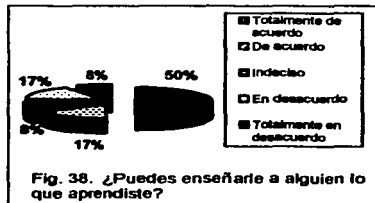
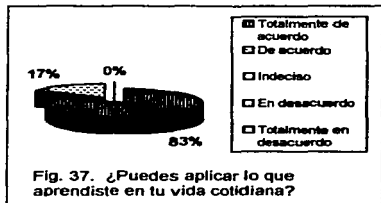
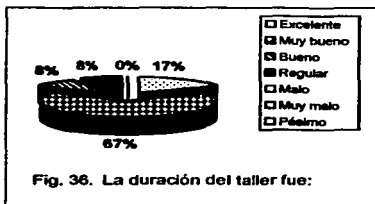
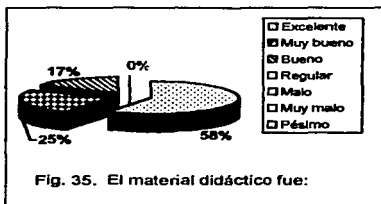
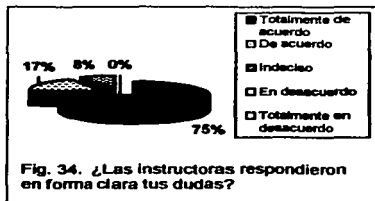
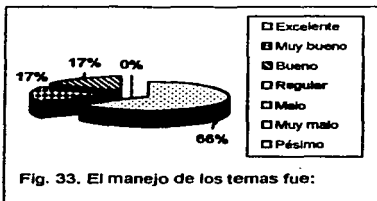
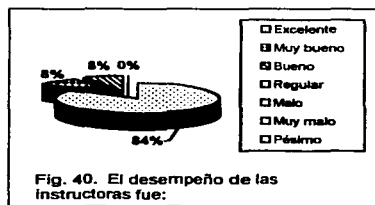
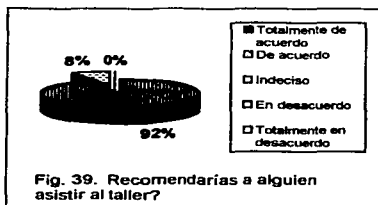


Fig. 32. ¿La información fue de tu interés?





**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El objetivo central de este estudio fue llevar a cabo una intervención dirigida a una población en particular, con problemas específicos, similares seguramente a otras poblaciones o comunidades, pero de ninguna manera iguales. Esta intervención fue activa y no pasiva como suele ocurrir, es decir, se atacaron los problemas junto con las personas afectadas, haciéndolas partícipes de la solución y no esperando a que llegaran demandando un servicio. Por lo anterior se puede decir que esta experiencia resultó positiva, porque se logró llevar a cabo una investigación a nivel de prevención primaria, centrada en las personas con el objetivo de realzar sus competencias sociales.

Además, de acuerdo al Modelo Transteórico de Salud (Prochaska y Diclemente, 1984), los individuos pasaron de la etapa de Contemplación a la de Preparación. Esto se explica de la siguiente manera: Los participantes se encontraban en la etapa de Contemplación porque antes de acudir al taller consideraban el cambio sólo como una opción, pero no asumían el compromiso específico para actuar en este sentido, ya que nunca antes habían buscado ni asistido a ningún taller, plática o curso. El taller constituyó un detonador para los contempladores porque facilitó que tomaran la decisión de asistir debido a que era una opción accesible y dirigida específicamente a la problemática de su comunidad.

Ahora bien, durante el taller se proporcionó información, se ayudó a los individuos a creer en su capacidad de cambio (autoeficacia), se les dio material de ayuda y se les entrenó en el desarrollo de habilidades sociales. Lo anterior constituye factores protectores que evitan las recaídas en las diferentes etapas del cambio (precontemplación, contemplación y preparación) y hacen menos probable la ocurrencia de problemas sociales que en este caso fueron las adicciones, el embarazo adolescente y el pandillerismo.

A continuación se presenta un análisis de las ventajas y desventajas de un estudio de este tipo, se revisarán por separado las etapas que formaron parte de esta experiencia de prevención en salud comunitaria: Diagnóstico comunitario e Intervención.

---

---

## Diagnostico Comunitario

El diagnóstico comunitario, nos brindó información que nos condujo a establecer un cuadro de las interrelaciones entre la salud de la comunidad y las condiciones de vida sociales, nos mostró un panorama de las condiciones socioculturales y de salud en que se encontraban los miembros de la comunidad El Rodeo (AGEB 049-0) en la delegación Iztacalco. Sin el diagnóstico comunitario no se hubiera podido obtener la información que se requiere para poder diseñar una intervención concreta y justificada, dirigida a la prevención de las conductas de riesgo en adolescentes.

En relación a las fases que comprendió el Diagnóstico Comunitario se encontró lo siguiente:

- I. *Mapeo de Recursos y Necesidades.* Esta etapa resulto exitosa y benéfica para la comunidad, dado que se concluyó con la elaboración de un directorio de recursos materiales y servicios a los que tienen acceso los miembros del AGEB 049-0. El directorio fue entregado a una o dos familias por manzana. Este trabajo fue laborioso y requirió de precisión para registrar cada uno de los recursos y así proporcionar datos e información actuales. Otro beneficio, no menos importante, fue la actualización de los datos que el C.S. "Dr. Manuel Pesqueira" poseía acerca de la ubicación, y el número de casas y recursos localizados dentro del AGEB 049-0.
- II. *Búsqueda de Información.* Durante este proceso se recurrió a diversas instituciones relacionadas con la comunidad, y el mencionar que se acudía por parte del Centro de Salud facilitó, en cierta medida, que nos proporcionaran la información requerida. No obstante, la mayoría de las veces estos datos no habían sido actualizados por las autoridades correspondientes y fue necesario acudir a otras instituciones.
- III. *Aplicación de instrumentos.* Esta etapa, decisiva para el diseño de la intervención, abarcó un período de tiempo considerable debido principalmente a dos factores:
  - a) *Actitud negativa a la participación.* Algunas personas se mostraban renuentes a contestar las encuestas, pues argumentaban que el participar en procesos similares no constituía beneficio alguno; por lo tanto la labor de convencimiento fue aún mayor. Una estrategia utilizada para contrarrestar la actitud negativa hacia la

---

---

participación, fue proporcionar a cada una de las personas que contestaron la encuesta, retroalimentación sobre los principales problemas y estado de salud de su comunidad. Se enfatizó que a partir de estos datos se crearía un taller diseñado específicamente para su comunidad y que nuevamente su participación sería imprescindible. De esta forma los miembros de la comunidad fueron testigos del impacto que tuvo su participación en el desarrollo de estrategias concretas llevadas a cabo para su beneficio, haciendo más probable su futura colaboración.

- b) *Número de instrumentos y tiempo de aplicación.* Los instrumentos utilizados en este proceso (Estudio Socioeconómico, HDL, FES y Apoyo Social), nos proporcionaron información completa de diversas áreas. En cuanto a su utilidad, se puede afirmar que la Guía de entrevista socioeconómica y la Escala de Salud y Vida Cotidiana (HDL) nos proporcionaron suficiente información para decidir el rumbo de la intervención. En cuanto a los dos instrumentos restantes (FES y Apoyo Social), se obtuvo información importante de la comunidad, aunque en esta ocasión se hubiera podido prescindir de ella. También es importante señalar que los instrumentos resultaron extensos para administrarlos en una sola vez y el lenguaje utilizado fue difícil de comprender para algunas de las personas que participaron. En ocasiones la aplicación fue dividida porque la persona así lo pedía por razones de tiempo, esto implicaba buscarla nuevamente y en caso de no encontrarla en varias ocasiones, anular la batería.

Se sugiere que en trabajos posteriores se elijan los instrumentos considerando lo siguiente:

- *Evaluación Global.* Que proporcione una visión general del estado de salud de la comunidad, ya que en esta ocasión los instrumentos FES y Apoyo Social evaluaban aspectos más específicos que no era necesario conocer a fondo, en esta etapa.
- *Tiempo de aplicación.* Evitar que éste sea tan extenso como para requerir más de una visita, o sea demasiado cansado para que la persona conteste sólo por terminar.
- *Lenguaje adaptado.* Revisar que éste sea comprensible para la población estudiada y evitar que el instrumento contenga frases e indicaciones negativas o con doble negación.

---

De manera general, se puede decir que los datos obtenidos en el diagnóstico comunitario, aunque son confiables porque se derivan de la comunidad sobre la que se incidió, pueden ser vistos como una representación estática de la comunidad, pues como se sabe ésta es cambiante. Además se trató de una comunidad típica de una ciudad, es decir, en la que las personas pertenecen a un área geográfica determinada, pero que no están conscientes de su pertenencia a dicha comunidad, por lo que su interacción es casi nula. Este hecho fue aún más evidente durante la intervención porque nos percatamos de que los miembros del taller, a pesar de vivir en la misma colonia, no se conocían. Esto afecta la prevención y promoción de la salud, ya que cuando los participantes no se identifican como miembros de la comunidad, las redes sociales son débiles y se dificulta la difusión comunitaria de los nuevos protectores de la salud adquiridos a partir del taller.

Al respecto, es importante recordar que el área en donde se realizó el presente estudio no se eligió porque sus miembros formarían una comunidad propiamente dicha, sino porque pertenecían únicamente a un área geográfica (AGEB 049-0) previamente determinada por el Centro de Salud, para su mejor estudio. Por lo tanto se sugiere que en las próximas intervenciones se elija una comunidad en la que sus miembros se identifiquen como parte de ella, hecho que como afirman San Martín, Pastor (1988), Costa y López (1986), resulta necesario para asegurar que los factores protectores sean difundidos a una mayor cantidad de personas.

Otro de los supuestos contemplados por San Martín y Pastor (1988) al realizar trabajo comunitario, es aquel que nos indica que la participación de la comunidad debe ser activa, identificando los problemas existentes en su comunidad y proponiendo posibles soluciones, además de ser ellos mismos quienes se organicen para llevar todo a cabo y siendo el trabajador comunitario únicamente un "instructor", "mediador" o "facilitador" que ayude en este proceso. En la presente experiencia, ésto se logró en cierta medida, ya que sí fueron las personas de la comunidad quienes identificaron los problemas, no obstante fue el trabajador comunitario quién tomó la parte activa en este proceso, debido principalmente a tres factores:

1. Como se mencionó anteriormente, la comunidad no era totalmente consciente de su unidad, por lo que su interacción no era muy frecuente.
2. El tiempo del que se disponía para llevar a cabo todo el proceso fue muy corto.

---

3. La comunidad tenía una concepción desfavorable con respecto a participar en las encuestas, pues reportaron que en diversas ocasiones habían pasado por procesos similares sin obtener nada a cambio.

A pesar de lo antes mencionado, las personas que participaron en el diagnóstico comunitario mostraron interés por los problemas que había en su comunidad e incluso hacían diversas propuestas para su solución o para organizarse con sus vecinos.

### **Intervención Comunitaria**

Con los análisis realizados, llama la atención que, al comparar las calificaciones de los instrumentos antes y después de la intervención, en los dos grupos (padres y adolescentes) siempre hubo un incremento después de la intervención, con excepción del área de categorías negativas en el grupo de padres; sin embargo no todos fueron estadísticamente significativos.

En el grupo 1 (padres de familia) los incrementos estadísticamente significativos fueron en el Cuestionario de conocimientos de factores de riesgo y protectores, el Cuestionario de estrategias y categorías conductuales de SOCS, y en las áreas de Negociar y Categorías positivas del Cuestionario de habilidades de SOCS.

Esto indica que los padres de familia manejan en mayor proporción conceptos teóricos que habilidades, sin embargo las áreas de Negociar y Categorías positivas del Cuestionario de habilidades de SOCS, incrementaron significativamente. Por lo que podría decirse que adquirieron habilidades básicas para la solución de un conflicto, ya que el modelo de SOCS se basa en conductas de negociación que implican proponer la mayor cantidad de alternativas y analizarlas por sus consecuencias una a una, tomando la mejor decisión (Barragán, 1998). Aunado a esto, las Categorías positivas: contacto visual, contacto físico positivo, atender, tono de voz adecuado, oraciones en primera persona y frases cortas y concretas, favorecen la comunicación para la solución de un conflicto.

A diferencia de los padres de familia, en el grupo de adolescentes no se encontraron incrementos estadísticamente significativos en el Cuestionario de conocimientos de factores

---

protectores y de riesgo y en el Cuestionario de estrategias y categorías conductuales de SOCS, los cuales como ya se mencionó se refieren únicamente a conceptos teóricos.

No obstante, el Cuestionario de habilidades mostró en su totalidad un incremento estadísticamente significativo después de la intervención y el análisis por áreas también reporta un incremento estadísticamente significativo en el área de asertividad. También se observó un incremento, no significativo estadísticamente, en el área de Categorías negativas del Cuestionario de habilidades de SOCS que se refiere a aquellas habilidades que dificultan la solución de un conflicto, esto último podría explicarse porque en un principio los sujetos no percibieron o no admitieron realizar conductas negativas; en este caso la intervención pudo tener un efecto de sensibilización en la evaluación que los sujetos hacen de su propia conducta, es decir, realizando un análisis objetivo.

Es importante señalar que los adolescentes dominaron más habilidades que conocimientos teóricos, particularmente en el área de asertividad. De acuerdo a Rodríguez (1991) el manejo de la asertividad les permite a los adolescentes comunicarse de manera clara y abierta, reduciendo el estrés que puede generar la interacción y respondiendo específica y rápidamente ante la presión de los demás.

En conclusión, los padres y adolescentes adquirieron tanto conocimientos como habilidades sociales. El conocer los factores protectores y de riesgo de los problemas de embarazo adolescente, pandillerismo y adicciones, abordados en el taller, permite a los adolescentes identificar los factores de riesgo que poseen individualmente y a los que se encuentran expuestos; y a los padres de familia identificar la importancia de su papel en la prevención de estos problemas.

Por su parte las habilidades de solución de conflictos y comunicación eficaz, constituyen factores protectores comunes a los problemas mencionados (Foster & Ritchey, 1979; Spivak & Shure, 1974, citados en Tidelle y Lawrence, 1988), mejoran las conductas de afrontamiento y por lo tanto disminuyen el estrés.

Se sugiere que en futuras intervenciones, el taller comprenda más sesiones para realizar mayor número de ensayos conductuales, ya que este es uno de los aspectos que podría estar

---

asociado con no encontrar diferencias estadísticamente significativas en todas las habilidades enseñadas.

Además de los puntos tratados hasta el momento, en seguida se mencionaran otros aspectos relevantes de la intervención que nos permiten tener una visión global.

1. *La difusión del taller abarcó a todos y cada uno de los miembros de la comunidad.* Este proceso se llevó a cabo minuciosamente a través de volantes entregados en todas las casas, carteles colocados en lugares estratégicos (escuelas, mercados, avenidas principales, comercios, etc.) y cartas dirigidas a las personas que participaron en el diagnóstico comunitario, insistiendo en aquellos hogares en dónde sabíamos o nos daban la referencia de familias con adolescentes. Esta forma de convocar a los miembros de la comunidad fue efectiva porque las personas se inscribieron por su propia voluntad, no obstante los grupos fueron reducidos, por lo que se sugiere que además de esto, se convoque a las personas por medio de autoridades que laboren en instituciones reconocidas por la comunidad (directores de escuelas, médicos, maestros, sacerdotes, etc.).
2. *Los participantes acudieron al taller por su propia voluntad.* Esto constituyó un factor "positivo" ya que nos permite tener mayor seguridad en cuanto a su asistencia constante y su colaboración. Por otra parte puede ser considerado como un aspecto "negativo" en cuanto a que ellos no son las personas que están en mayor riesgo, ya que mostraron la habilidad de pedir ayuda, sin embargo se encuentran en el mismo ambiente el cual fue detectado de riesgo para el desarrollo de problemas como adicciones, pandillismo y embarazo adolescente. Es probable que las personas que consideramos más vulnerables a estos problemas no acudieran por su baja percepción de riesgo y/o su escasa habilidad para pedir ayuda etc. Se sugiere que las futuras intervenciones se realicen en escuelas, con las personas o familias que ya presentan uno o varios factores de riesgo asociados con dichos problemas, asegurando de esta forma la participación de los grupos más vulnerables.
3. *Los participantes fueron constantes.* Las personas que acudieron a los talleres, mostraron constancia en su participación, no hubo deserción, pues aquellos que iniciaron fueron los mismos que finalizaron y se obtuvieron varios cambios estadísticamente significativos, tanto

---

en las habilidades como en los conocimientos que los individuos poseían antes de asistir al taller.

4. *Evaluación pre-post de conocimientos y habilidades.* Como se sabe, la evaluación resulta un paso básico e indispensable al realizar una intervención, pues nos indica si lo que se hizo derivó en un cambio significativo. En esta ocasión la evaluación se realizó con tres instrumentos, dos cuestionarios de conocimientos y uno de habilidades (los tres elaborados únicamente para esta intervención). Se utilizaron estos medios de evaluación porque resultan métodos sumamente prácticos para conocer de forma general los conocimientos adquiridos y la autopercepción de cambio; además son fáciles de aplicar y requieren de poco tiempo. Cabe destacar que no se encontró un instrumento estandarizado que evaluara las habilidades sociales elegidas para esta intervención.

Los cuestionarios de conocimientos no tuvieron mayor problema porque se basaron exclusivamente en los temas expuestos; en cambio el instrumento de habilidades llamado Cuestionario de Habilidades de SOCS tiene un inconveniente, debido a que es un autoinforme sólo evalúa los cambios que la persona ha detectado o ha creído tener y no evalúa los cambios verdaderamente ocurridos.

Es importante mencionar que originalmente se planeo evaluar las habilidades sociales videograbando los ensayos conductuales, para posteriormente realizar los registros conductuales; no obstante esto no se llevó a cabo principalmente por no contar con el tiempo suficiente. Considerando que se tenían de 10 a 12 participantes por taller y 3 sesiones de 2 horas para realizarlo, se requería por lo menos de 5 sesiones donde se evaluara a los sujetos antes, durante y después del taller, razón suficiente para elegir métodos de evaluación más prácticos que nos permitieran cumplir todos los objetivos planteados. Sin embargo es deseable, en intervenciones de este tipo, emplear medios audiovisuales para registrar las conductas a evaluar, dado que permiten llevar a cabo con posterioridad, cuantas veces sea necesario y con el nivel que se considere pertinente (molar, molecular e intermedio) el análisis de las conductas (Gil, F. y León, J., 1998).

Se sugiere llevar a cabo evaluaciones posteriores a la intervención, con el objetivo de conocer si los beneficios obtenidos se siguen manteniendo con el paso del tiempo. También es



---

---

importante elaborar registros estadísticos del (los) problema (s) que se desea prevenir, antes y después de la intervención.

A través del trabajo desarrollado en esta tesis, se logró dar un primer paso para que la comunidad participara de forma activa en la solución de sus propios problemas, dando opiniones, asistiendo a los talleres, compartiendo experiencias y proponiendo soluciones. Además formaron nuevos vínculos que no existían antes del taller, ampliando de esta forma sus redes sociales.

Otro aspecto importante obtenido a partir de esta experiencia, fue crear una estrategia eficaz para la prevención, en el ámbito comunitario, que consiste en:

- Elegir una comunidad
- Realizar un diagnóstico comunitario
- Analizar los resultados
- Diseñar una intervención a partir de los problemas detectados por los miembros de la comunidad
- Retroalimentar a las personas acerca del estado de salud de su comunidad
- Informarles cuál será el plan de acción a seguir, explicando los beneficios obtenidos al participar y los costos de no hacerlo
- Difundir el plan de acción por medio de carteles, cartas, volantes y de forma personal en los lugares concurridos, haciendo énfasis en las personas a quienes se dirige la intervención
- Llevar a cabo la intervención
- Evaluar la intervención antes y después.

Esta estrategia puede ser considerada por personas interesadas en realizar prevención primaria, a nivel comunitario, y en obtener resultados a corto plazo, considerando desde luego las sugerencias antes mencionadas. Además es posible que esta estrategia sea dirigida por los Centros de salud y llevada a cabo por el personal capacitado.

Finalmente se sugiere, como se hizo en esta ocasión, seguir incluyendo el entrenamiento en habilidades sociales en los programas que tengan como objetivo prevenir a nivel primario problemas como los aquí tratados.

---

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, B. N., Mc Anamey, E. R., Panzarine, S., y Tuttle, J. I. (1990). Successful Contraceptive Behavior among Adolescent Mothers: Are There Predictors?. Journal of Adolescent Health Care, 11, 319-325.
- Aduna, M.A. (1998). Afrontamiento, apoyo social y solución de problemas: Estudio Experimental. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.
- Aguilar, K. E. (1987). Asertividad: Se tú mismo sin sentirte culpable. México: Pax-México.
- Alma – Ata (1978) en la red [www.ssa.gob.mx](http://www.ssa.gob.mx).
- Argüelles, G. A., Cárdenas, S. M., Díaz, S. M., García, R. J., Garduño, R. ML., González, R. J., López, A. M.E., Oviedo, G. MT. y Centros de Integración Juvenil, A.C. (1994). Guía para el diseño y desarrollo de programas preventivos en materia de adicciones. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia. Consejo Nacional contra las Adicciones.
- Arias, M. B. y Fuertes Z. J. (1999). Competencia Social y Solución de Problemas en Niños de Educación Infantil: Un estudio observacional. Mente y Conducta en Situación Educativa. Revista Electrónica del Departamento de Psicología. Universidad de Valladolid. (1) 1-40.
- Barón, R. A. y Byrne, D. P. (1998). Psicología Social. España: Prentice Hall.
- Barragán, T. L., Morales, C. S., Barreto, M. E., Barragán, T. N., y Ayala, V. H. (1998). Modelo de consejo marital basado en solución de conflictos y reforzamiento recíproco. Facultad de Psicología, UNAM, México: Miguel Angel Porrúa.
- Barrientos, N.I., Miranda, H.F., Reynoso, E.L., Seligson, N.I. (1997) Medicina Conductual: Un modelo de atención a la salud. Alternativas en Psicología. Año II, (4), 22-29.
- Bejarano, J. y Jiménez, F. (1993). El consumo de drogas en el adolescente costarricense. Adolescencia y Salud. Tercera Antología. Programa de Atención Integral al Adolescente. San José, Costa Rica.
- Brooks, D. (1959). Psicología de la Adolescencia. Argentina: Kapelusz.
- Caballo, V. E. (1986). Evaluación de las habilidades sociales, en Fernández, B. R. y J. A. I. Carrolles (eds): Evaluación conductual: metodología y aplicaciones. Madrid: Pirámide.
- Carpintero, E. (1995). El Problema del Embarazo no deseado en la Adolescencia. En López, S. F. Educación sexual de adolescentes y jóvenes: reelaboración de cómo planear mi vida, México: Siglo XXI.
- Community Tool Box (2001). En la red <http://ctb.lsi.ukans.edu/>
- Consejo Nacional contra las Adicciones (2001) La prevención de las adicciones: el trabajo con estudiantes. México. SSA, CONADIC.
- 
-

- 
- Costa, M.; López, E. (1986) Salud Comunitaria. España: Martínez Roca.
- Craig, G. J. (1997). Desarrollo Psicológico (7ª edición). México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Csikszentmihalyi, M. y Larson, R. (1984). Being adolescent. New York: Basic Books.
- Christopher, F. S. y Roosa, M. W. (1990) An evaluation of an adolescent pregnancy prevention program: Is "just say no enough"? Family relations, 39, 68-72.
- D'Zurilla, T.J. and Goldfried, M.R. (1971) Problem solving and behavior modification. Journal of Abnormal Psychology, 78, 104-126.
- De la Garza, F. y Vega, A. (1983). La juventud y las drogas. Guía para jóvenes, padres y maestros. México: Trillas.
- Department of Health and Human Services. (1994). Health risk Behaviours Among Adolescents. Who Do and Not Attend School. United States, 1992. Morbidity and Mortality Weekly Report, 43, (8), EE.UU.
- Díaz, G.R.; Iscoe, I. (1984) El impacto de la cultura iberoamericana tradicional y del estrés económico sobre la salud mental y física: instrumentación y potencial para la investigación transcultural. Revista Latinoamericana de Psicología, 16, (2), 167-211.
- Donas, S. (1992). Nuevas consideraciones sobre protección y riesgo. Jornadas Internacionales de Adolescencia. Congreso Latinoamericano de Pediatría. San José, Costa Rica.
- Encuesta Nacional de Adicciones. (1998). Dirección General de Epidemiología. México: Secretaría de Salud.
- Fernández, M. O. (1997). Abordaje teórico y clínico del adolescente. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fernández, R.L. (1994) Manual de Psicología Preventiva: Teoría y Práctica. España: Siglo Veintiuno.
- Fisher, W.A., Byrne, D., y White, L. A. (1983) Emotional Barriers to Contraception, en D. Byrne y W. A. Fisher (comps.), Adolescents, Sex and Contraception, Hillsdale, N.Y. Erlbaum
- Flores, G. M. y Díaz, L. R. (1995). Desarrollo y Validación de una Escala Multidimensional de Asertividad para Estudiantes. Revista Mexicana de Psicología, 12, (2) 133-144.
- Flórez, A.L. (1991) La Psicología de la salud y sus relaciones con la medicina conductual. Revista de Psicología: Colombia, 26, (1), 13-30.
- Furnham, A. (1992). Habilidades sociales. En R. Harré y R. Lamb. Diccionario de Psicología Social y de la Personalidad. Barcelona. Paidós Ibérica. P.215
- Gershenson, H. P., Musik, J. S., Ruch-Ross, H. S. Mage V. et al. (1989) The Prevalence of Coercive Sexual Experience among Teenage Mothers. Journal of Interpersonal Violence, 4 (2) 204-219.
-

- 
- Gil, F. y García Sáiz, M. (1994) Adquisición y desarrollo de habilidades sociales. En A. Puente (Coord.), La conducta y sus contextos. Madrid: Eudema. 97-119.
- Gil, F. y León, R. J. (1998). Habilidades sociales: Teoría, investigación e intervención. España. Síntesis.
- Goldstein, A. y Rosebaum, A. (1982). Agress-less. Enlewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Hawkins, J. A., y Berndt, T. J. (1985). Adjustment following the transition to junior high school. Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development.
- Henriques, M.H. y Yunes, J. (1993). Adolescencia: Equivocaciones y Esperanzas. Washington, D.C. Editores: Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud.
- Herbert, M. (1983). Trastornos de conducta en la infancia y la adolescencia: Enfoque conductista de su evaluación y tratamiento. Barcelona: Paidós.
- Hidalgo, C. C. (1999). Comunicación interpersonal: Programa de entrenamiento en habilidades sociales. (3ª edición). México: Alfaomega.
- Holden, G. W., Moncher, M. S. y Schinke, S. P. (1990). Substance abuse. En A.S. Bellack, M. Hersen y A. E. Kazdin (Dirs). International handbook of behavior modification and therapy, 2ª edición. Nueva York: Plenum.
- Horrocks, J. E. (1986). Psicología de la Adolescencia. México: Trillas.
- Hurlock, E. B. (1987). Psicología de la Adolescencia. México: Paidós.
- ICEPSS (1999) Salud Comunitaria y Promoción de la Salud. Tomo I. España: ICEPSS Editores.
- Irwin, Ch. E. (1990). The Theoretical Concept of At-Risk Adolescent. Adolescent Medicine, State of the Art Review, 1, (2). Philadelphia.
- Jakarta (1997) Declaración de Jakarta sobre la Promoción de Salud en el Siglo XXI. En la red: [www.ssa.qob.mx](http://www.ssa.qob.mx).
- Jakubowski, P. A (1977). Assertive behavior and clinical problems of women. En R. E. Assertiveness: Innovations, applications, issues. San Luis Obispo, California. Impact.
- Johnson, P (1976). Women and Power: Toward a theory of effectiveness. Journal of Social Issues, 32, 99-110
- Kazdin, A.E. (1996) Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas. México: Manual Moderno.
- Kazdin, A.E. y Buetta C.G. (1998). Conducta antisocial: Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia. México: Manual Moderno.
- Kelly, J. A. (1987). Entrenamiento de las habilidades sociales. España: Desclée de Brouwer.
-

- 
- Kifer, R.E., Lewis, M.A., Green, D.R. y Phillips, E.L. (1974). Training pre-delinquent youths and their parents to negotiate conflict situations. Journal of Applied Behavior Analysis, 7, 357-364.
- Krauskopf, D. (1995). Las conductas de riesgo en la fase juvenil. Encuentro Internacional sobre Salud Adolescente. Colombia.
- Lane, T. (1995). Negotiation: An Emergent Process of living systems. Behavioral Science, (40), 41-55.
- Latorre, J.M., Beneit, P.J. (1994) Psicología de la Salud: Aportaciones para los profesionales de la salud. Argentina: Editorial Lumen.
- Lax, D.A. y Sebenius, J.K. (1986). The manager as negotiator. New York: Free Press
- Lazarus, R.S.; Folkman, S. (1986) Estrés y Procesos Cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
- Lockhart, L. L. y Wodarski, J. S. (1990). Teenage Pregnancy: Implications for the Social Work Practice. Family Therapy, 17 (1), 29-47.
- López, G.M., Alarcón, A.M. (1993) El Modelo de Competencia Social como estrategia para la educación nutricional. Psicología y Salud: Instituto de Investigaciones psicológicas de la universidad de Veracruz, (1), Nueva Época.
- Marsellach, U. G. (1998) Técnicas de entrenamiento en asertividad. [http://ciudadfutura.net/psico/main\\_tecnicas.htm](http://ciudadfutura.net/psico/main_tecnicas.htm)
- Matarazzo, J.D. (1984) Behavioral Health: A handbook of health enhancement and disease prevention. New York: Wiley.
- McFall, M. R. (1992). A review and reformulation of the concept of social skills. Behavioral assesment, (4) 1-33
- Medina, M. M., López, L. E., Villatoro, J. A., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S., Rojas, E., Nequis, G. (1993). Prevención de las adicciones. México: Mimeo.
- Merani, A. I. (1986). Diccionario de Psicología. México: Grijalbo.
- Mora, F.; Hersch, P. (1984) Introducción a la medicina social y salud pública. UAM Xochimilco.
- Morales, D.J. (1999) Psicología Social. México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Moyse-Steinberg, D. (1990). A model for adolescent pregnancy prevention through the use small groups. Social Work with Groups, 13 (2), 57-68.
- Nazar, B. A., Tapia, C. R., Villa, R. A., León, A. G., Medina, M. M.E. Salvatierra, I. B., (1994) Factores asociados al consumo de drogas en adolescentes. Salud Pública. 36 (6) 646-654.
- Noller, P. y Callan V. (1991). The Adolescent in the Family. Londres: Routledge.

- 
- Pick de Weiss, S., Atkin, L. y Karchmer (1998) ¿Existen diferencias entre adolescentes embarazadas y la población en general?., en L.C. Atkin, M. Arcelus, A. Fernández Mc Gregor y K. Tolbert (eds.) La psicología en el ámbito perinatal. México: Instituto de Perinatología. 448-486.
- Pick de Weiss, S., Díaz, L. R., Andrade, P. y Atkin, L. (1988) Adolescentes en la Ciudad de México: Estudio psicosocial de prácticas anticonceptivas y embarazo no deseado. Organización Panamericana de Salud, Washington.
- Piña, L.J., Obregón, S.F. (1982) La Prevención en el campo de la Salud: de la inmunización al análisis del comportamiento. Psicología y Salud. México: Unison. Universidad de Sonora.
- Polaino, L. A. y Martínez, C. P. (1995). Embarazo y maternidad en la adolescencia. Madrid: Rialp.
- Ríos, S. M.R. (2002). Importancia de las habilidades sociales en adolescentes. Revista del Laboratorio en Línea de Enseñanza de Computo. UNAM, Campus Iztacala. En la red: <http://valle-mexico.pn.org/~recomedu/orbe/psic/artsept00/qkr.html>
- Rodríguez, E. M. (1991). Asertividad para negociar. México: McGraw-Hill
- Rodríguez, O. G. y Rojas, R. M (1998) La Psicología de la Salud en América Latina, México: Miguel Angel Porrúa. Facultad de Psicología, UNAM.
- Rosovsky, H y Medina, M. M.E. (1998). Drogas: Un reto para el Ambito Educativo Mexicano. Guía de programación Edusat. 2, (11). 7-9. Publicación de la Secretaría Educación Pública (SEP).
- Roth, U. E. (1986). Competencia Social: El cambio de comportamiento individual en la comunidad. México: Trillas.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial Resilience and Protective Mechanims. American Journal Orthopsychiatry. 57 (3).
- Rutter, M y Giller, H. (coautor). (1988). Delincuencia juvenil. Barcelona: Martínez Roca
- Saforcada, E. (1999) Análisis Crítico de los Sistemas de Atención a la Salud. Psicología Sanitaria. México: Paidós.
- San Martín, H. F. (1981) Salud y Enfermedad. México: Prensa Médica.
- San Martín, H. F. (1992) Salud y Enfermedad. México: La prensa médica mexicana.
- San Martín, H. F y Pastor, V. (1988) Salud Comunitaria: Teoría y Práctica. España: Ediciones Díaz de Santos.
- Sánchez, V.A. (1991) Psicología comunitaria: Bases conceptuales y operativas. Métodos de intervención. Barcelona: PPU.
- Secades, V. R. (1997). Alcoholismo juvenil: Prevención y tratamiento. España: Pirámide.
-

- 
- Secord, P.D. y Backman, C. W. (1976). Psicología social. México: McGraw-Hill
- Silber, T. (1992). Prevención y Promoción de la Salud Adolescente. En Silber T. Munist, M. Madaleno, M. Suárez, E. N. Editores. Manual de Medicina de la Adolescencia, Serie PALTEX (20). Organización Panamericana de Salud. Washington.
- Soberón, G., Arroyo, P. (1985) El Modelo de Atención a la Salud y la Formación de médicos. Cuadernos de la Secretaría de Salud. (11).
- Soberón, G., Martucelli, Q.J., Alvarez, M.J. (1988) Salud Pública México. La implantación de la estrategia de atención primaria a la salud en México. 30, 683-690.
- SSA (2001) Memorias de la Conferencia: "La reforma de Salud en México. Dirección General de Promoción de la Salud. En la red: [ssa.gob.mx/unidades/dvps/referencia.htm](http://ssa.gob.mx/unidades/dvps/referencia.htm).
- SSA (2001) Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia. En la red: <http://www.ssa.gob.mx>.
- SSA (2001) Programa Nacional de Salud 2001-2006. En la red: <http://www.ssa.gob.mx>.
- Tisdelle, D. A. y Lawrence, J. S. ST. (1988). Adolescent Interpersonal Problem-Solving Skill Training: Social Validation and generalization. Behavior Therapy (19) 171-182.
- Urbina, S.J. (1993) Facultad de Psicología: Testimonio de veinte años. México: UNAM.
- Valadéz, R.A. (1995) Evaluación del estrés ambiental: una categorización de estresores físicos, efectos y recursos de afrontamiento. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.
- Valdéz, O.C., Peschard, M.E. (1984) Hacia un modelo de Servicios de Salud. Vol. 1, No. 8.
- Van Hasselt, V. B., Hersen, M. y Milliones, J. (1978) Social Skills Training for Alcoholics and Drug Addicts: Review. Addictive Behaviors, 3 221-223.
- Vargas, T.B., Fernández, O.M. (1999) La psiquiatría en el primer nivel de atención. Revista de la Facultad de Medicina, UNAM. Vol. 42 (3).
- Villatoro, V. J., Andrade, P. P., Fleiz, B. C., Medina-Mora, I. E., Reyes, L. I. y Rivera, G. E. (1997). La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. Salud Mental, 20, (2), 21-27.
- Weinstein, J. (1992). Riesgo Psicosocial en Jóvenes. PREALC. Santiago de Chile.
- Wood, M. (1980). Assertion training and trainer effects on unassertive an aggressive adolescents. Journal of Counseling Psychology, 27 (1) 76-83.
- Zax, M.; Specter, G.A. (1979) Introducción a la Psicología de la comunidad. México: El Manual Moderno.

---

---

**ANEXO 1**  
**GUÍA DE ENTREVISTA SOCIOECONÓMICA**

Fase: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ AGEB: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

*Ficha de Identificación*

**Sexo:** Fem. Mas. **Edad:** \_\_\_\_\_

**Estado civil:** Casado Soltero Divorciado Separado Viudo Unión Libre

**Máximo grado de estudios:** Primaria Secundaria Bachillerato Profesional

Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

*Datos Sociodemográficos Familia*

¿Cuántas personas aportan al gasto familiar? \_\_\_\_\_

**De acuerdo a aquellos que contribuyen económicamente:**

Está(n) trabajando actualmente: Sí No / Sí No / Sí No

Señale el ingreso *mensual* promedio de la familia:

menos de \$500	de \$500 a \$999	de \$1000 a \$1800
de \$1801 a \$3000	de \$3001 a \$5500	Más de \$5500

**Mencione cuál es la ocupación de los miembros de su familia y el nivel máximo de estudios de cada miembro. (Que vivan en su casa).**

Padre \_\_\_\_\_  
Madre \_\_\_\_\_  
Hijos \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuántas familias viven en la misma casa? \_\_\_\_\_

---

---



**La casa que habitan es:**

Propia (Se está pagando) o (Ya está pagada)      Rentada      Prestada      Otro

¿Con cuántas habitaciones cuenta su casa? (incluyendo baños, estancias y si dispone, de cocina) \_\_\_\_\_

**¿Con cuáles de los siguientes servicios cuenta en su casa?**

Servicios	Si	Servicios	Si
Luz eléctrica		Servidumbre de planta o tiempo parcial	
Techo de concreto		Reproductor de C. D.	
Regadera		T.V. por cable	
Calentador		Antena parabólica	
T.V a color		Teléfono	
Secadora		Teléfono celular	
Lavadora de Ropa		Seguro para automóvil	
Automóvil		¿Con cuántos focos cuenta su casa, incluyendo los de las lámparas?	

**¿Con qué Instituciones o servicios educativos, de salud, recreativos cuenta en su comunidad?**

Servicio / Institución	Si	Servicio / Institución	Si
Mercado		Tienda de autoservicio	
Deportivo		Fábricas	
Biblioteca		Transporte	
Escuela: primaria, secundaria, preparatoria		Tienda de Abarrotés	
Centro de salud		Bancos	
Parques públicos		Canchas	
Centros comerciales		Farmacia	
Iglesia		Otros	

**¿Qué problemas detecta dentro de su comunidad?**

Problema	Si	Problema	Si	Problema	Si
Asalto domiciliario		Prostitución		Recolección de basura	
Fraude o estafa		Pandillerismo		Heces fecales en la vía pública.	
Despojo		Embarazo adolescente		Ruido de fábricas o automóviles	
Accidentes automovilísticos		Drogadicción		Desechos tóxicos	
Desechos Industriales		Alcoholismo		Basura doméstica	

---

---

Cont. ¿Qué problemas detecta dentro de su comunidad?

Problema	Si	Problema	Si	Problema	Si
Homicidio		Maltrato infantil		Falta de botes de basura	
Secuestro		Violación		Falta de pavimentación	
Portación de armas		Amenazas		Vigilancia pública	
Daño en propiedad ajena		Robo con arma de fuego		Falta de drenaje	
Delitos contra la salud		Robo con arma blanca		Cantinas (bares, centros nocturnos)	

Elaborado por: Morales, C. S., Pérez, F. L., Romero, A., Solís, L., Ayala, V. H. (1999)

---

---

## ANEXO 2

### ESCALA DE SALUD Y VIDA COTIDIANA (HDL, Moos, 1984, adaptado por Ayala, 1992)

Instrucciones generales: Explique a la persona entrevistada que el instrumento consiste de 3 componentes principales, familia, salud y apoyo social y que en cada una se le darán las instrucciones específicas.

#### Salud y vida cotidiana

Instrucciones específicas: Le voy a leer una lista de enfermedades. ¿Ha tenido alguna de ellas durante los últimos doce meses?

Salud en los últimos doce meses

Si= 1 NO = 2

- |   |  |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Anemia                        | 8. <input type="checkbox"/> Problemas con la espalda |
| 2. <input type="checkbox"/> Asma                          | 9. <input type="checkbox"/> Problemas con el corazón |
| 3. <input type="checkbox"/> Artritis o reumatismo         | 10. <input type="checkbox"/> Presión alta            |
| 4. <input type="checkbox"/> Bronquitis                    | 11. <input type="checkbox"/> Problemas de riñón      |
| 5. <input type="checkbox"/> Cáncer                        | 12. <input type="checkbox"/> Tuberculosis            |
| 6. <input type="checkbox"/> Problemas crónicos del hígado | 13. <input type="checkbox"/> Úlceras                 |
| 7. <input type="checkbox"/> Diabetes                      | 14. <input type="checkbox"/> Embolias                |

Instrucciones específicas: A continuación se presenta una lista de síntomas físicos. En los últimos doce meses, ¿ha padecido alguno de ellos?

Si= 1 NO = 2

- |  |  |
|--|--|
| 15. <input type="checkbox"/> Ha sentido debilidad                          | 21. <input type="checkbox"/> Ha sentido acidez estomacal o indigestión |
| 16. <input type="checkbox"/> Ha sentido de repente calor en todo el cuerpo | 22. <input type="checkbox"/> Ha sentido escalofríos                    |
| 17. <input type="checkbox"/> Ha sentido que el corazón le late fuertemente | 23. <input type="checkbox"/> Ha tenido manos temblorosas               |
| 18. <input type="checkbox"/> Ha tenido poco apetito                        | 24. <input type="checkbox"/> Ha tenido dolor de cabeza                 |
| 19. <input type="checkbox"/> Se ha sentido inquieto                        | 25. <input type="checkbox"/> Ha tenido estreñimiento                   |
| 20. <input type="checkbox"/> Se ha sentido preocupado                      | 26. <input type="checkbox"/> Ha sufrido insomnio                       |

Instrucciones específicas: A continuación se presentan algunas formas de como uno se siente a veces. ¿En los últimos doce meses se ha sentido de alguna de las formas que a continuación le leeré?

Si= 1 NO = 2

- |   |  |
|---|--|
| 27. <input type="checkbox"/> Ha sentido que no puede empezar ninguna actividad. | 30. <input type="checkbox"/> Ha sentido preocupaciones personales que le hacen sentir enfermo. |
| 28. <input type="checkbox"/> Ha sentido que se preocupa demasiado.              | 31. <input type="checkbox"/> Ha sentido que nada le sale bien.                                 |
| 29. <input type="checkbox"/> Ha sentido que su memoria no está del todo bien.   | 32. <input type="checkbox"/> ¿Se ha preguntado si existe algo que todavía valga la pena?       |
33.  ¿Fuma usted cigarros? (Si no es así, pase a la pregunta 41)

Si= 1 NO = 2

---

---

34. \_\_\_ Actualmente ¿Cuánto fuma?

- 1) Más que el año pasado
- 2) Lo mismo que el año pasado
- 3) Menos que el año pasado

\_\_\_ Por lo general, ¿Cuántos cigarros fuma diario?

35 36

¿Ha sentido algún síntoma físico por fumar demasiado?

Si= 1 NO = 2

37. \_\_\_ Garganta irritada

38. \_\_\_ Tos

39. \_\_\_ Falta de aire

40. \_\_\_ Otros

41. \_\_\_ Toma usted alguna bebida alcohólica? (Si no es así, pase a la pregunta 51)

Si= 1 NO = 2

42. \_\_\_ ¿Con que frecuencia tomó usted durante el mes pasado?

Nunca	Menos de una vez a la semana	Una vez a la semana	2 o 3 veces a la semana	3 ó 4 veces a la semana	Diario
1	2	3	4	5	6

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

Si=1 NO=2

43. \_\_\_ Su salud

44. \_\_\_ Su trabajo

45. \_\_\_ Problemas de dinero

46. \_\_\_ Discusiones familiares

47. \_\_\_ Golpeó a alguien

48. \_\_\_ Dificultades en su vecindario

49. \_\_\_ Dificultades con la policía

50. \_\_\_ Dificultades con amigos

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

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

51. \_\_\_ Agresivo

52. \_\_\_ Ambicioso

53. \_\_\_ Seguro de sí mismo

54. \_\_\_ Calmado

55. \_\_\_ Confiado

56. \_\_\_ Dominante

57. \_\_\_ Accesible

58. \_\_\_ Activo

59. \_\_\_ Feliz

60. \_\_\_ Extrovertido

61. \_\_\_ Exitoso

Instrucciones específicas: ¿Ha usado usted frecuentemente algunos de los medicamentos durante los últimos 12 meses?

SI= 1 NO = 2

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 62. ___ Pastillas para alergias    | 68. ___ Laxantes                       |
| 63. ___ Anfetaminas (Estimulantes) | 69. ___ Pastillas para el dolor        |
| 64. ___ Antibióticos               | 70. ___ Pastillas para dormir          |
| 65. ___ Antidepresivos             | 71. ___ Medicamentos para la digestión |
| 66. ___ Aspirinas                  | 72. ___ Tranquilizantes                |
| 67. ___ Pastillas para dieta       | 73. ___ Vitaminas                      |

### Afrontamiento de búsqueda de información

Instrucciones específicas: Esta es una lista de eventos que le pueden pasar a cualquiera. ¿Ha experimentado personalmente alguno de ellos durante los últimos 12 meses?.

SI= 1 NO= 2

- |  |   |
|--|---|
| 74. ___ Cambio de casa   | 89. ___ Suspendido o despedido en el trabajo        |
| 75. ___ Perdió algo con valor sentimental                            | 90. ___ Desempleado por un mes o más                |
| 76. ___ Muerte de algún amigo cercano                                | 91. ___ Aumento considerable en la carga de trabajo |
| 77. ___ Problemas con amigos o vecinos                               | 92. ___ Fue promovido en el trabajo                 |
| 78. ___ Se comprometió sentimentalmente                              | 93. ___ Consiguió mejor trabajo (nuevo)             |
| 79. ___ Se casó  | 94. ___ Aumento substancial en el ingreso (20%)     |
| 80. ___ Se separó  | 95. ___ Decremento substancial en el ingreso        |
| 81. ___ Reconciliación marital                                       | 96. ___ Se endeudó fuertemente                      |
| 82. ___ Se divorció  | 97. ___ Su hijo entro a una nueva escuela           |
| 83. ___ Nacimiento de un niño en su familia inmediata                | 98. ___ Su hijo se fue de casa                      |
| 84. ___ Dificultades con suegros o parientes políticos               | 99. ___ Su hijo regresó a casa                      |
| 85. ___ Enfermedades serias o accidentes de un miembro de la familia | 100. ___ Un pariente se cambió de su casa           |
| 86. ___ Muerte de cónyuge  | 101. ___ Tuvo problemas legales                     |
| 87. ___ Muerte de un miembro de la familia cercana (excepto cónyuge) | 102. ___ Tuvo problemas de alcohol o drogas         |
| 88. ___ Problemas con los superiores en el trabajo                   | 103. ___ Fue asaltado o robado                      |

### Índices del método de afrontamiento

Elija el problema importante de los que usted señaló antes y dígame ¿cuál es?:

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

Indique por favor, ¿cuál de las siguientes formas de actuar, que a continuación le mencionamos empleó usted para tratar de resolver el problema?

No 0	Si, 1 ó 2 veces 1	Si, algunas veces 2	Si, frecuentemente 3
104. ___	Trató de saber más sobre la situación.	120. ___	Pensó sobre la situación para tratar de comprenderla mejor.
105. ___	Habló con su cónyuge o con otros parientes acerca del problema.	121. ___	Se dijo cosas para ayudarse a sentirse mejor.
106. ___	Habló con un amigo acerca del problema.	122. ___	Intentó no precipitarse actuando impulsivamente.
107. ___	Habló con un profesionalista, abogado, o cura.	123. ___	Se olvidó del problema por un tiempo.
108. ___	Rezó por una guía o para darse valor.	124. ___	Supo que había que hacer y se esforzó más para que funcionaran las cosas.
109. ___	Se preparó para el peor de los casos.	125. ___	Evitó estar con la gente en general.
110. ___	No se preocupó y pensó que todo saldría bien.	126. ___	Se propuso que la próxima vez las cosas serían diferentes.
111. ___	Se desquitó con otras personas cuando se sentía enojado o deprimido.	127. ___	Se negó a creer lo que había sucedido.
112. ___	Trató de ver el lado bueno de la situación.	128. ___	Lo aceptó, no podía hacer nada.
113. ___	Se ocupó con otras cosas para no pensar en lo sucedido.	129. ___	Buscó ayuda con personas o grupos que hubieran tenido experiencias similares.
114. ___	Formuló un plan de acción y lo llevó a cabo.	130. ___	Negoció para rescatar algo positivo de la situación.
115. ___	Consideró varias alternativas para manejar el problema.		Intentó reducir la tensión:
116. ___	Se guió por experiencias pasadas.	131. ___	Tomando más.
117. ___	No expresó sus sentimientos.	132. ___	Comiendo más.
118. ___	Se tomó las cosas como venían paso a paso.	133. ___	Fumando más.
119. ___	Trató de ver las cosas objetivamente.	134. ___	Haciendo más ejercicio.
		135. ___	Tomando tranquilizantes.

Instrucciones específicas. Le voy a mencionar pares de adjetivos que pueden describir su hogar. Por ejemplo, ordenado - desordenado. Si su hogar está muy ordenado, me indicará el número "1", si está muy, desordenado me señalará el número "5". Por otra parte, si está entre muy ordenado o muy desordenado usted me indicará el "2", el "3" o el "4", según el grado que usted considere describe mejor su hogar.

136. ___	Ordenado	0	1	2	3	4	Desordenado
137. ___	Limpio	0	1	2	3	4	Sucio
138. ___	Confortable	0	1	2	3	4	Confortable
139. ___	Tranquilo	0	1	2	3	4	Ruidoso
140. ___	Iluminado	0	1	2	3	4	Oscuro
141. ___	De buen tamaño	0	1	2	3	4	Pequeño

---

---

### ANEXO 3

#### CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL (Sarason y col. 1987)

Instrucciones específicas: Las siguientes preguntas son acerca de personas que le brindan ayuda o apoyo. Cada pregunta consta de 2 partes:

En la primera parte, enliste a las personas en orden de importancia, especificando el parentesco. No enliste más de 9 personas por pregunta, ni más de una persona junto a cada número.

En la segunda parte seleccione el nivel de satisfacción que tiene con el apoyo recibido en cada situación. Si su respuesta es "nadie", de igual manera evalúe su nivel de satisfacción. Todas sus respuestas son confidenciales.

*Ejemplo:*

¿En quién confía para contarle información que pudiera meterlo a usted en problemas?

- |            |             |    |
|------------|-------------|----|
| 1) hermano | 4) papá     | 7) |
| 2) amigo   | 5) empleado | 8) |
| 3) amigo   | 6)etc.      | 9) |

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo?

- |                          |                          |                        |
|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| 1) Muy insatisfecho      | 3) Un poco insatisfecho  | 5) Bastante satisfecho |
| 2) Bastante insatisfecho | 4) Un poco, insatisfecho | 6) Muy satisfecho      |

1. ¿En quién puede confiar cuando necesita a alguien que lo escuche?
2. ¿Con quién podría contar para ayudarlo, si se peleara con un muy buen amigo y él/ella le dijera que no lo quiere volver a ver?
3. ¿En la vida de quiénes cree usted que es una parte importante o integral?
4. ¿Quién cree que lo ayudaría si se acabara de separar de su esposo(a) o novio(a)?
5. ¿Quién cree que lo ayudaría en una situación de crisis, aún cuando implicara un esfuerzo para ellos?
6. ¿Con quién puede hablar francamente, sin necesidad de cuidarse de lo que dice?
7. ¿Quién lo ayuda a sentir que usted tiene algo positivo que contribuir a los demás?
8. ¿En quién puede confiar para distraerle de sus preocupaciones cuando está estresado?
9. ¿Con quién puede realmente contar cuando necesita ayuda?
10. ¿En quién podría realmente confiar para ayudarlo si lo hubieran expulsado de la escuela o despedido de su trabajo?
11. ¿Con quién puede ser totalmente usted mismo?
12. ¿Quién siente que realmente lo aprecia como persona?
13. ¿Con quién puede realmente contar para darle consejos útiles que eviten que usted cometa errores?
14. ¿Con quién puede realmente contar para escucharlo abiertamente y sin críticas cuando habla usted de sus sentimientos más íntimos?
15. ¿Quién lo apoya cuando necesita que lo consuelen o lo apapachen?

- 
- 
16. ¿Quién lo ayudaría si un buen amigo suyo hubiera tenido un accidente y estuviera en el hospital?
  17. ¿Con quién puede realmente contar para hacerlo sentir más relajado cuando está bajo presión o está tenso?
  18. ¿Quién le ayudaría si un miembro cercano de su familia muriera?
  19. ¿Quién lo acepta totalmente, incluyendo sus mejores y sus peores aspectos?
  20. ¿Con quién puede realmente contar para cuidarlo o apoyarlo, independientemente de lo que le esté sucediendo?
  21. ¿Con quién puede realmente contar para escucharlo cuando está muy enojado con alguien más?
  22. ¿Con quién puede realmente contar para decirle, de forma amable y razonada, aquellos aspectos en los que necesita mejorar?
  23. ¿Con quién cuenta para ayudarlo a sentirse mejor cuando se siente muy deprimido?
  24. ¿Quién siente usted que realmente lo quiere profundamente?
  25. ¿Con quién puede contar para consolarlo cuando se siente muy alterado o preocupado?
  26. ¿En quién puede realmente confiar para apoyarlo cuando tiene que tomar decisiones importantes?
  27. ¿Con quién puede contar para ayudarlo a sentirse mejor cuando está muy irritable?

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



#### ANEXO 4

### ESCALA DE AMBIENTE SOCIAL FAMILIAR (FES, Moos, 1974 adaptado por Ayala, 1992).

Instrucciones específicas: Antes de aplicar esta parte es muy importante que usted enfatice a la persona entrevistada que todas las preguntas que se le van hacer se refieren a su familia. Lea cuidadosamente cada pregunta. La respuesta a cada pregunta debe ser "Sí" o "No".

1. ¿En su familia realmente se ayudan unos a otros?
2. ¿Acostumbran hablarse de lo que sienten?
3. ¿Se pelean mucho entre ustedes?
4. ¿Cada quien hace sus cosas sin recibir ayuda de nadie?
5. ¿Creen ustedes que ser el mejor en cualquier cosa que hagan es importante?
6. ¿Hablan de política o de problemas del país frecuentemente?
7. ¿Cuándo tienen tiempo libre, salen de su casa?
8. ¿Va a la iglesia con frecuencia?
9. ¿Preparan con mucho cuidado las actividades de su casa?
10. ¿Se dan órdenes entre ustedes?
11. ¿Pasan muchos momentos juntos en casa?
12. ¿Pueden ustedes hablar libremente de lo que pasa en su familia?
13. ¿Se enojan muy fuertemente entre ustedes frecuentemente?
14. ¿Los dejan ser libres en lo que hacen y en lo que piensan en su familia?
15. ¿Para su familia es muy importante salir adelante en la vida?
16. ¿Van seguido a conferencias, teatros o conciertos?
17. ¿Frecuentemente van amigos a visitarlos a su casa?
18. ¿En su familia acostumbran rezar?
19. ¿Generalmente son ustedes muy limpios y ordenadas?
20. ¿En su familia existe mucha disciplina?
21. ¿Se esfuerzan mucho en los quehaceres de la casa?
22. ¿Cuando alguien se enoja en su casa, generalmente otro se molesta?
23. ¿Algunas veces llegan a estar tan enojados que se arrojan cosas entre ustedes?
24. ¿En su familia cada quién decide lo que hace?
25. ¿Creen ustedes que la gente vale por el dinero que tiene?
26. ¿Es muy importante para su familia aprender cosas nuevas y diferentes?
27. ¿Alguno de ustedes está en equipos de fútbol, beisbol, etc.?
28. ¿Hablan ustedes con frecuencia del significado religioso de la Navidad?
29. ¿En su casa es fácil encontrar las cosas cuando se necesitan?
30. ¿Una persona en su familia es la que toma la mayor parte de las decisiones?
31. ¿Se sienten muy unidos en su familia?
32. ¿Se cuentan sus problemas personales unos a otros?
33. ¿Cuando tienen problemas explotan con facilidad?
34. ¿Pueden salir de su casa cada vez que quieran?
35. ¿Creen ustedes que se debe luchar por ser el mejor en cualquier cosa que hagan?
36. ¿Están ustedes interesados en actividades culturales?
37. ¿Van al cine, eventos deportivos o de excursión muy seguido?
38. ¿Creen ustedes en el cielo y en el infierno?
39. ¿En su familia son puntuales?
40. ¿Las cosas en casa se hacen como se debe?
41. ¿Si ustedes acomodidos en las cosas que se necesitan en casa?
42. ¿Si tienen ganas de hacer algo de repente, lo hacen?

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

- 
- 
43. ¿Seguido se critican unos a otros?
  44. ¿En su familia pueden realizar cualquier actividad personal sin que nadie los moleste?
  45. ¿Ustedes siempre tratan de hacer las cosas un poco mejor en cada ocasión?
  46. ¿Seguido discuten de arte, cultura, política, etc.?
  47. ¿Todos ustedes tienen uno o dos pasatiempos?
  48. ¿En su familia tienen ideas estrictas acerca de lo que es bueno o malo?
  49. ¿En su familia, las personas son firmes en sus decisiones?
  50. ¿En su familia, se preocupan mucho por hacer solamente lo que esta permitido?
  51. ¿Realmente se apoyan unos a otros?
  52. ¿Cuándo alguien se queja en su familia generalmente otro se molesta?
  53. ¿Se golpean entre ustedes alguna vez?
  54. ¿En su familia, cada quién resuelve sus propios problemas?
  55. ¿Se preocupan por mejorar en el trabajo o por sacar buenas calificaciones en la escuela?
  56. ¿Alguien de su familia toca algún instrumento musical?
  57. ¿A parte de sus obligaciones tienen actividades de diversión?
  58. ¿Creen ustedes que hay algunas cosas que se tienen que aceptar de buena fe ?
  59. ¿Tratan de tener ustedes la casa limpia?
  60. ¿En su casa hay poca oportunidad de opinar sobre las decisiones familiares?
  61. ¿Hay mucha unión entre su familia?
  62. ¿Los asuntos de dinero y deudas se hablan delante de todos ustedes?
  63. ¿Si hay desacuerdos entre ustedes, terminan discutiendo y peleándose?
  64. ¿Entre ustedes se ayudan para defenderse de los demás?
  65. ¿En su familia trabajan duro para mejorar y salir adelante?
  66. ¿Van a la biblioteca frecuentemente?
  67. ¿Van a cursos o clases (que no son parte de la escuela, por pasatiempo o interés)?
  68. ¿En su familia cada persona tiene ideas diferentes de lo que es bueno o malo?
  69. ¿Cada uno de ustedes sabe bien cuáles son sus obligaciones?
  70. ¿Es difícil que puedan hacer cualquier cosa que quieran?
  71. ¿Verdaderamente se llevan bien entre ustedes?
  72. ¿Pueden decirse cualquier cosa entre ustedes?
  73. ¿Tratan ustedes de sobresalir sobre las demás personas de su casa?
  74. ¿Cuándo algún miembro de la familia hace lo que quiere, lastima los sentimientos de los demás?
  75. ¿En su familia primero es el trabajo y luego la diversión?
  76. ¿Ustedes dedican más tiempo a leer que a ver televisión?
  77. ¿Salen ustedes a pasear muy seguido?
  78. ¿La Biblia es un libro importante en su casa?
  79. ¿El dinero lo manejan muy cuidadosamente en su familia?
  80. ¿La disciplina en su casa es muy estricta?
  81. ¿En su familia a todos se les dedica tiempo y atención?
  82. ¿En su familia discuten mucho?
  83. ¿Creen ustedes que gritando consisten lo que quieren?
  84. ¿En su familia se permite que cada quien diga lo que piensa?
  85. ¿A ustedes les gusta estar se comparando con los demás?
  86. ¿Realmente les gusta la música, lectura, pintura, danza, etc.?
  87. ¿La forma principal de entretenerse en su familia es ver la T.V. o escuchar la radio?
  88. ¿En su familia creen que cuando alguien comete un pecado, será castigado?
  89. ¿Los platos se lavan rápidamente después de comer?
  90. ¿En su familia se respetan las cosas que no están permitidas?
- 
-

**ANEXO 6**  
**GUÍA DE SERVICIOS**  
**DELEGACION IZTACALCO**

**Índice**

<b>Servicio</b>	<b>Página</b>
<b>Organismos de Seguridad Pública y Protección social</b>	
Secretaría de Seguridad Pública .....	2
Procuraduría General de Justicia del D.F. ....	3
Cruz Roja .....	3
Protección Social .....	3
<b>Servicios de Salud</b>	
Jurisdicción Sanitaria Iztacalco (Órgano Técnico) .....	4
Centros de Salud .....	4
Clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social .....	5
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado .....	5
Hospital Pediátrico del Departamento del Distrito Federal .....	5
Unidad Médica Churubusco del Departamento del Distrito Federal .....	5
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. DIF .....	6
Consultorios Periféricos .....	6
<b>Oficinas de Servicio al Público</b>	
Tribunal Superior de Justicia del D. F. ....	8
Tesorerías del D.F. ....	8
Secretaría de Relaciones Exteriores .....	9
Secretaría de Transporte y Vialidad .....	9
Secretaría de Economía .....	9
Compañía de Luz .....	9
Infonavit Iztacalco .....	9
Administración de correos .....	10
Telégrafos .....	10
Subdelegación de Servicios Urbanos y Ecología .....	12
Subdelegación de Obras y Desarrollo Urbano .....	12
Subdelegación de servicios y Atención Ciudadana (CESAC) .....	12
Promoción del Empleo .....	12
<b>Centros Sociales y Deportivos</b> .....	<b>12</b>

**OFICINAS DE SERVICIO AL PÚBLICO**

JUZGADO 15°. DE PAZ Av. Té y Río Churubusco, Plaza Benito Juárez s/n	56-57-54-05	Lunes a Jueves 8:30 A 15:00 hrs. Viernes 8:30 a 14:00 hrs.
Delegación Iztacalco		
JUZGADO 18°. DE PAZ Av. Té y Río Churubusco, Plaza Benito Juárez s/n	56-57-71-93	Lunes a Jueves 9:00 A 15 00 hrs. Viernes 9:00 a 14:00 hrs.
Delegación Iztacalco		
REGISTRO CIVIL JUZGADO NUM. 24 Av. Té y Río Churubusco, Plaza Benito Juárez s/n	56-57-42-26	Lunes a Viernes 8:00 A 15:00 hrs. Sábados, Domingos y Días Festivos, Guardia para Defunciones de 10:00 a 12:00 hrs.
Delegación Iztacalco		
JUZGADO NUM. 34 Sur 8 y Ote. 237 casi esq. Av. Javier Rojo Gómez. Col. Agrícola Oriental Poniente (A un costado del Centro Social y Deportivo Leandro Valle)	55-58-61-47	Lunes a Viernes . de 8:00 a 15:00 hrs
<b>TERCERENA DE D.D.F.</b>		
OFICINA AUXILIAR DE RECAUDACIÓN "IZTACALCO" Av. Té y Río Churubusco, Plaza Benito Juárez s/n	56-57-41-93 56-57-14-37	Lunes a Viernes 8:30 a 14:30 hrs.
Delegación Iztacalco		
ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA LOCAL "TEZONTLE" Circuito Interior Río Churubusco Núm. 655	56-50-55-68 56-50-18-29	Lunes a Viernes 8:30 a 14:30 hrs.
Unidad Habitacional Infonavit Iztacalco	56-57-51-22	

---

---

ANEXO 7

México D.F., a 1º de febrero del 2000

Sra. Blanca Mora:

Por medio de la presente agradecemos su participación en la encuesta realizada en el período de septiembre a octubre de 1999, con el objetivo de obtener datos de salud, familia y apoyo social en la Col. El Rodeo, bajo la dirección del Centro de Salud "Dr. Manuel Pesqueira".

A través de esta encuesta se encontró que algunos de los principales problemas detectados en la Col. El Rodeo y referido por sus habitantes, son: el embarazo en los adolescentes, el pandillerismo y las adicciones.

Por otra parte, se observó, en la población encuestada, altos niveles de estrés y falta de comunicación entre los miembros de la familia, factores de riesgo que aumentan la probabilidad de ocurrencia de los problemas mencionados.

Por estos motivos se diseñaron dos talleres de solución de conflictos, uno dirigido a padres y otro a adolescentes (entre 14 y 18 años). En ellos se hablará de los problemas más frecuentes en su comunidad y cómo prevenirlos.

También se enseñarán habilidades que faciliten la solución de conflictos y cómo decir lo que se piensa, siente y quiere, sin ofender a los demás.

El taller para los padres se llevará a cabo los **sábados 5, 12 y 19 de febrero** y el de adolescentes los **viernes 4, 11 y 18 de febrero del 2000**. Ambos talleres se impartirán a las 6:00 p.m. en Calle 10 MZ. 24, L.T.E. 19, Colonia El Rodeo.

**¡La invitamos a participar!**

*De antemano agradecemos su colaboración*

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**Inscribase previamente a los teléfonos: 56-08-96-75 y 53-68-46-53**  
(de 3:00 a 10:00 p.m.)

Atte. Psicóloga Nancy Cruz  
Psicóloga Mercedes Rivera  
Departamento de Salud Mental.

---

---

---

---

ANEXO 8

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS DE FACTORES DE PROTECTORES Y DE RIESGO

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Contesta las siguientes preguntas y elige sólo una opción.

1. Son dos de las drogas más utilizadas:
  - a) Marihuana y cocaína
  - b) Cemento y morfina
  - c) Alcohol y nicotina
  - d) Cocaína y anfetaminas
2. Un factor de riesgo es:
  - a) Algo desagradable que afecta al organismo física y psicológicamente.
  - b) Un accidente automovilístico.
  - c) Característica que aumenta la probabilidad de sufrir un problema o enfermedad.
  - d) Poseer conocimientos de sexualidad.
3. Dos consecuencias físicas del abuso de alcohol son:
  - a) Enfisema pulmonar y baja autoestima
  - b) Deseo sexual y pandillerismo
  - c) Alcoholemia y agresividad
  - d) Alucinaciones y cirrosis hepática
4. La falta de conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción, no estudiar y carecer de habilidades de comunicación son factores de riesgo de:
  - a) Maltrato infantil
  - b) Adicciones
  - c) Embarazo adolescente
  - d) Violencia intrafamiliar
5. Un factor protector es:
  - a) Característica que disminuye la probabilidad de sufrir un problema o enfermedad
  - b) Algo agradable que beneficia al organismo física y psicológicamente
  - c) Pertener al sexo masculino
  - d) La venta y distribución de fármacos
6. Son consecuencias del embarazo adolescente:
  - a) Desconocimiento de métodos anticonceptivos y estrés
  - b) Maduración sexual y depresión
  - c) Aborto y matrimonios atípicos
  - d) Todas las anteriores
7. Dos factores de riesgo del consumo de drogas son:
  - a) Fumar e ingerir bebidas alcohólicas
  - b) Bajo nivel socioeconómico y robos
  - c) Fármacos y anfetaminas de baja calidad.
  - d) Ser adolescente y tener mala apariencia física.
8. Es una característica de la adolescencia:
  - a) Interés por los asuntos escolares
  - b) Atracción por los riesgos y desafíos
  - c) El consumo de alcohol y drogas
  - d) Preocupación por la salud u el dinero
9. Las habilidades de comunicación y de solución de problemas constituyen factores protectores de:
  - a) Embarazo adolescente
  - b) Pandillerismo
  - c) Adicciones
  - d) Todas las anteriores
10. Generalmente los miembros de una pandilla se agrupan para:
  - a) Robar y drogarse
  - b) Obtener prestigio y seguridad
  - c) Diferenciarse de los demás
  - d) Resolver problemas sociales

---

---

ANEXO 9

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS DE ESTRATEGIAS Y CATEGORIAS  
CONDUCTUALES DE SOCS

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Contesta las siguientes preguntas sin pensar demasiado y elige sólo una opción.

1. Son dos conductas positivas que favorecen nuestra comunicación y la solución de un conflicto:
    - a) Contacto visual y tono de voz elevado
    - b) Decirle al otro sus errores y aceptar los nuestros
    - c) Atender y hablar en primera persona
    - d) Sentarse derecho y respirar profundo
  
  2. Son dos conductas negativas que dificultan nuestra comunicación y la solución de un conflicto:
    - a) Interrumpir y levantarse abruptamente
    - b) Olvidar el problema y perdonar
    - c) Decir por escrito lo que me molesta y perdonar
    - d) Hacer reproches y gritar
  
  3. Es colocarse cerca de la otra persona (a menos de un brazo de distancia):
    - a) Acercamiento
    - b) Abrazarse
    - c) Contacto físico
    - d) Proximidad
  
  4. Es preguntarle a la otra persona involucrada lo que piensa acerca del conflicto
    - a) Reprochar
    - b) Solicitud de opinión
    - c) Tomar en cuenta sus sentimientos
    - d) Platicar
  
  5. Se refiere a identificar las consecuencias favorables y desfavorables de cada opción propuesta:
    - a) Expresarse
    - b) Opinar
    - c) Análisis de alternativas
    - d) Verificar las opiniones
  
  6. Ordena los 5 pasos a seguir para solucionar un conflicto.
    - ( ) Decirle a la otra persona lo que creo originó el conflicto
    - ( ) Olvidar
    - ( ) Negociar una opción
    - ( ) Reconocer el conflicto
    - ( ) Decirle a la otra persona sus errores
    - ( ) Consolidar arreglos
    - ( ) Pedir a la otra persona su opinión
- 
-





	No lo hago										Lo hago muy bien
8. Intento llegar a una solución justa ante la queja de alguien.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Considero la opinión de la otra persona, comparándola con la propia, antes de decidir lo que haremos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Decido lo que quiero hacer cuando los demás quieren que haga otra cosa distinta.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Ante diferentes conflictos con una persona identifico cuál es el más importante y el que debería solucionarse primero.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Identifico las causas que originaron un conflicto y lo discuto con la otra persona.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cuando hablo con una persona para resolver un conflicto:											
13. Lo hacemos en un lugar tranquilo y en privado.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. La miro a los ojos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Permanezco cerca de ella ( a menos de una brazada).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Mantengo un tono de voz adecuado (ni muy alto ni muy bajo).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Le pido su opinión acerca del problema.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Le expreso lo que siento con respecto al problema.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. Si la otra persona eleva el tono de voz yo también lo hago.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. Verifico con la otra persona que ambos hayamos comprendido el origen del problema.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	No lo hago										Lo hago muy bien
21. Propongo diferentes alternativas para resolver el problema.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22. Menciono las ventajas y desventajas de las alternativas que propongo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23. Cuando esto de acuerdo con lo que la otra persona propone para solucionar el conflicto lo expreso verbalmente o asintiendo con la cabeza.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24. Cuando hay opiniones diferentes entre una persona y yo, establezco un acuerdo que satisfaga a ambos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25. Cuando se ha establecido un acuerdo expreso las consecuencias de no cumplirlo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26. Cuando se ha establecido un acuerdo menciono los beneficios de que se solucione el conflicto.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27. Cuando trato de solucionar el conflicto y la otra persona se altera elevando el tono de voz, yo interrumpo la conversación.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28. Después de interrumpir la conversación yo expreso los motivos para hacerlo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29. Al finalizar la conversación menciono como resumen, los acuerdos a los que llegamos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**ANEXO 11**

**CUESTIONARIO DE VALIDEZ SOCIAL**

1. ¿Qué te pareció el taller en general?						
Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo	Pésimo
7	6	5	4	3	2	1
2. ¿La información fue de tu interés ?						
Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
5		4		3	2	1
3. El manejo de los temas fue:						
Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo	Pésimo
7	6	5	4	3	2	1
4. ¿Las instructoras respondieron en forma clara tus dudas?						
Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
5		4		3	2	1
5. El material didáctico fue:						
Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo	Pésimo
7	6	5	4	3	2	1
6. La duración del taller fue:						
Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo	Pésimo
7	6	5	4	3	2	1
7. ¿Puedes aplicar lo que aprendiste en tu vida cotidiana?						
Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
5		4		3	2	1
8. ¿Puedes enseñarle a alguien lo que aprendiste?						
Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
5		4		3	2	1
9. ¿Recomendarías a alguien asistir al taller? :						
Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
5		4		3	2	1
10. El desempeño de las instructoras fue :						
Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo	Pésimo
7	6	5	4	3	2	1

ANEXO 12

Planeación de la Intervención Comunitaria

Dirigido a: Padres de familia y adolescentes de la comunidad El Rodeo (AGEB 049-0).

Duración: 3 sesiones de dos horas para cada uno de los grupos (padres y adolescentes)

Coordinación: Departamento de Salud Mental del Centro de Salud Dr. Manuel Pesqueira y Facultad de Psicología, UNAM.

Técnica didáctica: Exposición, instrucciones, modelamiento y ensayos conductuales.

Ponentes: Psic. Mercedes Rivera de la Rosa y Psic. Nancy Cruz Peña

Lugar: Domicilio particular ubicado en Calle 10, Mz 24 Lote. 19 Col. El Rodeo Del. Iztacalco

Sesión	Objetivos	Contenido	Instrumentos	Materiales
1ª	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que los participantes conozcan los problemas más frecuentes en su comunidad, las consecuencias y los factores protectores y de riesgo asociados.</li> <li>• Identificar a los adolescentes como un grupo vulnerable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Se dio la bienvenida a los participantes</li> <li>➢ Se realizó dinámica "La telaraña"</li> <li>➢ Se indicó que las reglas a seguir durante las sesiones eran las siguientes:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seguir instrucciones</li> <li>2. Escuchar (a los compañeros y terapeutas)</li> <li>3. Atender (Mirar al que esta hablando)</li> <li>4. Guardar silencio</li> <li>5. Esperar turno para participar (levantar la mano)</li> </ol> </li> <li>➢ Se explicó que el sistema de puntos que se utilizaría durante las sesiones, consistía en otorgar puntos a los participantes por las siguientes conductas:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Participación oral = 2 puntos</li> <li>b) Asistencia = 3 puntos</li> <li>c) Participación en ensayos conductuales = 5 puntos</li> </ol> </li> </ul> <p>Se acordó que en cada sesión se entregaría un premio a las dos personas que obtuvieran mayor cantidad de puntos. Los premios otorgados fueron: relojes, folders y plumas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Cuestionario de Conocimientos de Factores Protectores y de Riesgo (Evaluación Pre).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Lápices con goma</li> <li>♣ Bola de estambre</li> <li>♣ Portarotafolio</li> <li>♣ Hojas de rotafolio</li> <li>♣ Buzón</li> <li>♣ Tarjetas blancas</li> <li>♣ Proyector de acetatos</li> <li>♣ Acetatos</li> </ul>

199

161

Sesión	Objetivo	Contenido. Cont.	Instrumentos	Materiales
1ª. Cont.		<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Se mencionó el nombre del curso y objetivo general.</li><li>➤ Se evaluó a los participantes con el instrumento correspondiente a la sesión.</li><li>➤ Se indicó a los miembros del grupo que al terminar la sesión, anotaran sus dudas y sugerencias en forma anónima y las depositaran en el buzón, para ser comentadas en la siguiente sesión.</li><li>➤ Se informaron de manera general los resultados de la encuesta.</li><li>➤ Se explicó la importancia de prevenir los problemas más frecuentes en la comunidad (pandillerismo, adicciones y embarazo adolescente).</li><li>➤ Se enfatizó a los adolescentes como grupo vulnerable</li><li>➤ Se indicaron los factores protectores y de riesgo, así como las consecuencias del pandillerismo, adicciones y embarazo adolescente</li><li>➤ Se solicitó a los participantes que identificaran sus propios factores de riesgo en relación a los problemas expuestos.</li><li>➤ Se fomentó en los participantes la verbalización de posibles acciones preventivas, en problemas frecuentes de su comunidad.</li><li>➤ Se resumió el contenido de la sesión y los comentarios de los participantes.</li><li>➤ Se contaron los puntos logrados por cada participante.</li><li>➤ Se felicitó verbalmente y con aplausos del grupo a la persona que obtuvo más puntos y se le entregó como reforzador un reloj.</li><li>➤ A cada uno de los participantes se les proporcionó los textos de "Mitos sobre el alcohol" (en el grupo de los adolescentes) e "Indicadores y detección precoz del consumo de alcohol; consejos útiles para los padres" (en el grupo de los padres de familia.</li><li>➤ Se despidió a los participantes agradeciendo su asistencia.</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>▲ Marcadores</li><li>▲ Reforzadores : 2 relojes</li></ul>

192

Sesión	Objetivo	Contenido	Instrumentos	Materiales
2ª	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que participantes conozcan y apliquen habilidades de solución de conflictos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Se dio la bienvenida a los participantes</li> <li>➢ Se evaluó a los participantes con los instrumentos correspondientes a la sesión.</li> <li>➢ Se resumió el contenido de la sesión anterior y se dio respuesta a las dudas del buzón</li> <li>➢ Se explicó la definición de asertividad y las diferencias entre una persona asertiva, pasiva y agresiva.</li> <li>➢ Se pidió que cada uno de los participantes identificara su estilo de comunicación: asertivo, agresivo o pasivo.</li> <li>➢ Se realizó dinámica "Piensa rápido y habla claro"</li> <li>➢ Se explicaron los componentes de la asertividad y su utilidad en la comunicación interpersonal.</li> <li>➢ Se realizó dinámica "Habla mi yo"</li> <li>➢ Se explicó la importancia de conocer y aplicar las habilidades de solución de conflictos como factores protectores, en la prevención del embarazo adolescente, pandillerismo y adicciones.</li> <li>➢ Se indicó que las habilidades de solución de conflictos se basan en fomentar conductas de negociación.</li> <li>➢ Se analizó con el grupo el tríptico informativo de SOCS.</li> <li>➢ Se pidió a los participantes sugieran un problema para que las terapeutas modelaran su solución mediante SOCS.</li> <li>➢ Los participantes representaron la solución de problemas sugeridos por ellos mismos siguiendo el siguiente orden:</li> </ul> <p>Instrucciones. Las terapeutas proporcionaron información de cómo ejecutar las conductas relacionadas con la solución de conflictos (Véase definición de estrategias y categorías conductuales de SOCS, capítulo VIII).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Cuestionario de Conocimientos de Estrategias y Categorías Conductuales de SOCS (Evaluación Pre).</li> <li>➢ Cuestionario de Habilidades de SOCS (Evaluación Pre).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Lápices con goma</li> <li>♣ Portarotafolio</li> <li>♣ Hojas de rotafolio</li> <li>♣ Buzón</li> <li>♣ Marcadores</li> <li>♣ Cinta adhesiva</li> <li>♣ Cartulina de sistema de puntos.</li> <li>♣ Reforzadores : 2 folders</li> </ul>

Sesión	Objetivo	Contenido. Cont.	Instrumentos	Materiales
2ª- Cont.		<p>a) Modelamiento. Las terapeutas representaban una situación de desacuerdo e indicaban la presencia de las categorías conductuales de SOCS.</p> <p>b) Ensayo conductual. Utilizando las categorías conductuales de SOCS, algunos de los participantes seleccionados al azar, representaron una situación que implicaba desacuerdo.</p> <p>c) Retroalimentación. Las terapeutas y el resto del grupo participaron señalando las conductas adecuadas que presentaron los participantes, las que pudieron evitar y aquellas que sería deseable ocurrieran.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Las terapeutas complementaron las participaciones reforzando socialmente (sonriendo, elogiando y señalando) las conductas deseadas.</li> <li>➤ Se invitó a los miembros del grupo a depositar en el buzón sus sugerencias y comentarios.</li> <li>➤ Se contaron los puntos logrados por cada participante.</li> <li>➤ Se felicitó verbalmente y con aplausos del grupo a la persona que obtuvo más puntos y se le entregó como reforzador un folder.</li> <li>➤ Se despidió a los participantes agradeciendo su asistencia.</li> </ul>		

H-1

Sesión	Objetivo	Contenido	Instrumentos	Materiales
3ª	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que los participantes practiquen las habilidades para solucionar conflictos mediante ensayos conductuales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Se dio la bienvenida a los participantes</li> <li>➢ Se resumió el contenido de la sesión anterior y se dio respuesta a las dudas del buzón.</li> <li>➢ Se realizaron ensayos conductuales con problemas sugeridos por los participantes y siguiendo la misma modalidad que en la sesión anterior.</li> <li>➢ Se resumió el contenido general del taller con la participación de los miembros.</li> <li>➢ Se evaluó a los participantes con los instrumentos correspondientes a la sesión.</li> <li>➢ Se invitó a los miembros del grupo a depositar en el buzón sus sugerencias y comentarios.</li> <li>➢ Se contaron los puntos logrados y se felicitó verbalmente y con aplausos del grupo a las personas que obtuvieron mas puntos entregándoles como reforzador una pluma.</li> <li>➢ Se entregaron reconocimientos a los participantes.</li> <li>➢ Se despidió a los participantes agradeciendo su asistencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Cuestionario de Conocimientos de Factores Protectores y de Riesgo SOCS (Evaluación Post).</li> <li>➢ Cuestionario de Conocimientos de Estrategias y Categorías Conductuales de SOCS (Evaluación Post).</li> <li>➢ Cuestionario de Habilidades de SOCS (Evaluación Post).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Lápices con goma</li> <li>♣ Rotafolio</li> <li>♣ Hojas de rotafolio</li> <li>♣ Caja de cartón (buzón)</li> <li>♣ Marcadores</li> <li>♣ Cinta adhesiva</li> <li>♣ Cartulina de sistema de puntos</li> <li>♣ Reforzadores : 2 plumas</li> </ul>

**Nota:** El contenido temático fue el mismo para ambos grupos, no obstante se realizaron talleres independientes para adolescentes y padres de familia.