



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“ELABORACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN TALLER DE RIESGO
PSICOSOCIAL EN ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS,
MEDIANTE UNA INTERVENCIÓN PREVENTIVA BREVE”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N:

BLANCA ESTELA GUTIÉRREZ CORTÉS

MARLENE YESENIA CORIA CRUZ

DIRECTORA DE LA TESIS

MTRA. YOLANDA BERNAL ÁLVAREZ

Ciudad Universitaria, Cd. Mx.

Septiembre, 2017.





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mi majestuosa Universidad Nacional Autónoma de México por todo el conocimiento adquirido a lo largo de varios años y por todo el conocimiento que en ella encontré.

A los mejores profesores, sin duda los de la Facultad de Psicología, de la cual me siento muy orgullosa de pertenecer. Gracias por todas sus enseñanzas y experiencias de vida adquiridas. Y mi agradecimiento muy especial al Maestro Fernando Vázquez Pineda..

A la Maestra Yolanda Bernal Alvarez, por todas sus enseñanzas y por ser una excelente guía en este camino.

A los profesores, Patricia Paz, Damaríz García, Rodolfo Esparza y Gabriela Romero, por acompañarnos en este proceso y por toda su disposición desde siempre. Mi admiración para ustedes.

A mí siempre querida y adorada amiga, Blanca Gutiérrez por acompañarme en este largo y complicado camino. Gracias por aceptar ser parte de este proyecto, que sin duda ya forma parte de lo más importante en nuestras vidas.

A todo el personal del Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología por todas las facilidades prestadas para ejecutar este trabajo.

A nuestros 2 grupos de adolescentes que hicieron posible que realizáramos este proyecto, gracias por su tiempo, su disciplina y sus enseñanzas.

Marlene Coria

DEDICATORIA

Al Mtro. Fernando Vázquez †, gracias Fer, por nunca permitir que “tiráramos la toalla” por creer en nosotras y sugerir este proyecto que nos dejó mucho aprendizaje y por siempre guiarnos con tus consejos y aportaciones. Especialmente dedicado para ti desde cualquier rincón del cielo donde te encuentres.

A mi familia por siempre creer en mí, por estar a mi lado en buenas y malas, por apoyarme siempre y por ser el motor de mi vida, a todos ustedes con mucho cariño y todo mi amor! En especial a mi amigo y compañero de vida Iván Tejeda, gracias por todos estos años de amor y apoyo incondicional.

A mis grandes amigos, por recorrer este camino junto conmigo, por darme algunos de los mejores años de mi vida. Mi paso por esta Universidad y por la Carrera no hubiera sido lo mismo sin ustedes, agradezco a Dios por haberlos puesto en mi camino, con todo mi cariño y admiración: Blanca, Gaby, Laura, Liliana, Rocío, Román.

Gracias Vida por tantas bendiciones: Marlene Coria

AGRADECIMIENTOS

A mi majestuosa Universidad Nacional Autónoma de México por todo el conocimiento adquirido a lo largo de varios años y por todas las experiencias académicas y de vida que tuve para mi crecimiento personal y profesional.

A los mejores profesores, sin duda los de la Facultad de Psicología, de la cual me siento muy orgullosa de pertenecer. Gracias por todas sus enseñanzas y experiencias de vida adquiridas. Y mi agradecimiento muy especial al Maestro FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA, que a pesar que ya no está con nosotros su presencia en vida fue crucial para concluir este proyecto.

A mi acompañante y amiga en este camino: Marlene Coria, quien no desistió a pesar de las adversidades del camino y que gracias a eso pudimos cerrar este importante proyecto.

A todo el personal del Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología por proporcionarnos la confianza y espacio para la realización de nuestro estudio y tesis.

A todos los adolescentes que nos acompañaron en el grupo, la enseñanza fue mutua y ambas partes obtuvimos un gran aprendizaje de este proyecto.

Blanca E. Gutiérrez Cortés

DEDICATORIA

Al Mtro. Fernando Vázquez †, gracias Fer, por compartirnos sus conocimientos e impulsarnos para iniciar este proyecto, por creer en nuestras habilidades, por estar al pendiente. En donde quiera que estés Fernando, gracias por todo.

A nuestra

Directora Yolanda Bernal, quién nos ha apoyado retomando este proyecto como suyo y nos ha guiado hasta el último momento a la conclusión del mismo con mucha paciencia y confianza.

A nuestros sinodales, Gaby, Damariz, Paty, Rodolfo, muchas gracias por sus consejos, confianza, por todo el soporte durante todo este tiempo.

A mi familia que siempre me ha apoyado, en cada desaliento, en cada tropiezo, en cada acierto, en cada mal momento, en cada victoria, en todo momento, proporcionándome la energía y el empuje para salir adelante.

A mis grandes amigos de la universidad, por recorrer este camino junto conmigo, por darme algunos de los mejores años de mi vida. Mi paso por esta Universidad y por la Carrera no hubiera sido lo mismo sin ustedes, agradezco a Dios por haberlos puesto en mi camino, con todo mi cariño y admiración.

A Carlos Borja, por ser el hombre que me ha acompañado en todas las travesías, por ser mi compañero leal.

Blanca E. Gutierrez Cortés

I	RESUMEN	1
II	INTRODUCCION	3
III	MARCO TEORICO	5
1	EPIDEMIOLOGIA DE LA SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES	5
1.1	<i>La salud mental en niños y adolescentes contexto internacional y nacional</i>	5
1.2	<i>Necesidades y búsqueda de atención en la población infantil y adolescente.</i>	6
1.3	<i>El abuso de drogas y la salud mental en los adolescentes</i>	9
2	PROBLEMÁTICA DE LA SALUD MENTAL EN LA ADOLESCENCIA.....	15
2.1	<i>Agresión y Violencia</i>	15
2.2	<i>Trastornos de conducta con o sin perturbación emocional.....</i>	17
2.3	<i>Elementos etiológicos y de riesgo.....</i>	18
2.4	<i>Deserción escolar y factores escolares</i>	20
2.5	<i>Intento suicida y suicidio consumado.....</i>	22
2.6	<i>Demanda de atención en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología.</i>	24
3	CICLO DE VIDA Y ADOLESCENCIA	25
3.1	<i>¿Cómo ubica la teoría del ciclo vital a la adolescencia?.....</i>	25
3.2	<i>Tareas del desarrollo en la adolescencia.....</i>	28
3.3	<i>Teorías de la adolescencia.....</i>	30
3.4	<i>La concepción de la adolescencia en el siglo XX. Una visión positiva</i>	31
3.5	<i>El detonante de la pubertad desde el punto de vista fisiológico.</i>	34
4	FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCION	35
4.1	<i>La naturaleza del desarrollo y la importancia de los procesos.....</i>	36
4.2	<i>La importancia de los contextos. El enfoque ecológico de Brofenbenner (1979).....</i>	37
4.3	<i>Niveles del ambiente ecológico</i>	38
4.4	<i>Principales factores de riesgo y de protección.....</i>	41
4.5	<i>Diferencia entre mecanismos y factores de riesgo.</i>	44
4.6	<i>Riesgo y prevención.....</i>	45
4.7	<i>El papel del conocimiento del riesgo de ciertas conductas.....</i>	46
4.8	<i>Modelos explicativos del riesgo y la protección</i>	48
4.9	<i>¿Qué función tienen las conductas de riesgo?</i>	50
4.10	<i>Factores de riesgo y protección en la adolescencia</i>	51
4.11	<i>La familia como factor de riesgo</i>	53
4.12	<i>La influencia de los amigos y la ocupación del tiempo libre</i>	58
4.13	<i>Implicaciones para la prevención</i>	63

5	RESILIENCIA	63
5.1	<i>Cómo entender a la resiliencia</i>	64
5.2	<i>Modelos explicativos de la resiliencia</i>	66
5.3	<i>La resiliencia en los adolescentes</i>	68
5.4	<i>¿Cómo promover la resiliencia en la adolescencia?</i>	71
6	PREVENCIÓN INTERVENCIÓNES BREVES Y CONSEJERÍA	72
6.1	<i>Una perspectiva integral del proceso salud-enfermedad y su relación con la prevención.</i>	73
6.2	<i>Concepto de prevención y clases de prevención</i>	75
6.3	<i>Prevención del riesgo psicosocial en adolescentes</i>	78
6.4	<i>¿Qué incluye un programa preventivo de atención para adolescentes?</i>	82
6.5	<i>Eficacia de la intervención preventiva: alcances y limitaciones.</i>	83
6.6	<i>El enfoque de las habilidades para la vida</i>	84
6.7	<i>Intervenciones breves</i>	89
6.8	<i>La consejería y la prevención en los adolescentes</i>	92
7	COMPONENTES DE LA INTERVENCIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL.....	96
7.1	<i>Hábitos de estudio y rendimiento académico</i>	96
7.2	<i>Habilidades sociales</i>	106
7.3	<i>Autoestima</i>	120
7.4	<i>Depresión</i>	129
IV	MÉTODO	133
1	JUSTIFICACIÓN	133
2	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	134
3	OBJETIVO	134
4	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	134
5	HIPÓTESIS	135
6	DEFINICIÓN DE VARIABLES	135
6.1	<i>Definición Conceptual de las Variables</i>	136
6.2	<i>Definición operacional</i>	137
7	TIPO DE INVESTIGACIÓN	137
8	TIPO DE DISEÑO.....	137
9	PARTICIPANTES	138
10	MUESTRA Y SUJETOS	138
11	INSTRUMENTOS	139
11.1	<i>Cuestionario sobre Habilidades de Estudio de Brown y Holtzman (1974)</i>	139
11.2	<i>Escala De Evaluación De Habilidades Sociales Para Adolescentes (EEHSA)</i>	141

11.3	<i>Instrumento de Evaluación de la Autoestima en Adolescentes (IEAA) de Moyano, L. J. (1998)</i>	
	142	
11.4	<i>Inventario de Depresión de Beck (IDB)</i>	144
11.5	<i>Escala de Clima Social Familiar de Moss (FES)</i>	145
11.6	<i>Cuestionario de Validez Social</i>	146
12	MATERIALES	147
13	PROCEDIMIENTO	148
13.1	<i>Intervención</i>	149
V	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	150
1	SEGUIMIENTO	151
VI	RESULTADOS	151
1	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	152
2	CAMBIOS AL TÉRMINO DE LA INTERVENCIÓN	153
3	VALIDACIÓN SOCIAL	158
4	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	162
5	OBSERVACIONES ANECDÓTICAS DURANTE LAS SESIONES	163
VII	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	167
VIII	SUGERENCIAS	172
IX	REFERENCIAS	175
X	ANEXOS	182

I RESUMEN

La adolescencia es esencialmente una época de cambios. Trae consigo enormes variaciones físicas y emocionales, transformando al niño en adulto. En la adolescencia se define la personalidad, se construye la independencia y se fortalece la autoafirmación, sin embargo, esta es la segunda etapa más vulnerable del ser humano después de la niñez. En esta etapa también es donde se adquieren la mayoría de los hábitos que pueden tener consecuencias para la salud a largo plazo, originando conductas de riesgo tales como el tabaquismo, sedentarismo, malnutrición, consumo de drogas adictivas, actividad sexual sin protección, las cuales tienen repercusiones biológicas y psicosociales negativas tales como el embarazo, obesidad, complicaciones metabólicas, drogadicción, deserción escolar, pobreza e incluso causar invalidez o muerte, como los accidentes, suicidios y homicidios

Las conductas de riesgo, pueden ser potencialmente prevenibles en la adolescencia temprana, sin embargo, se observa a nivel mundial una franca tendencia al aumento, siendo un motivo de preocupación para las autoridades de salud. La adolescencia es una etapa de gran importancia en términos de consolidar formas de vida que permitan mantener la salud y retrasar el daño.

Según el Censo INEGI 2014, en México, 29.9 millones son jóvenes de 15 a 29 años, monto que representa 24.9% de la población total. Dada la prevalencia de síntomas emocionales y conductuales en adolescentes en México, surge la necesidad de identificar de forma temprana los problemas de conducta. Debido a este contexto, el mejor tratamiento para el adolescente es la prevención. El tratamiento más adecuado o el sugerido por la literatura es la intervención de tipo cognitivo- conductual (CC), (De la Peña-Olvera, 2003).

La mayoría de las intervenciones de la teoría CC tienen éxito a corto plazo o cuando los ambientes son altamente estructurados. En el Centro de Servicios Psicológicos (CSP) de la Facultad de Psicología de la UNAM se han desarrollado diferentes programas para la atención de adolescentes, sobre todo el enfoque de la atención

individual, por lo que quisimos proponer una forma de atención grupal como un taller que ayude a la prevención de aquellas conductas de riesgo psicosocial dirigido a los adolescentes en edades tempranas.

En la presente investigación se desarrolló un taller para adolescentes y se realizó una prueba piloto con 5 participantes, y en lo posterior, se evaluó con el taller a 12 adolescentes, con la finalidad de atender las necesidades por las cuales acuden a solicitar atención psicológica al CSP. Los motivos de consulta más frecuentes en esta población se relacionan principalmente con conductas derivadas del déficit en: habilidades de estudio, habilidades sociales y baja autoestima. Se llevaron a cabo 12 sesiones con los adolescentes, 1 con los padres y se realizó un seguimiento a los adolescentes 8 meses después de concluida la intervención. Se aplicó un diseño Pre test post test, con replicación.

De los resultados obtenidos se pudo observar que los cambios más significativos se presentaron en las técnicas de estudio y la mejora de los adolescentes para pedir ayuda en relación con temas escolares en el área de las redes familiares y escolares, se observó que los síntomas depresivos con lo que iniciaron el taller disminuyeron, tanto adolescentes como padres coincidieron en estar satisfechos con el taller. En el seguimiento, los adolescentes reportaron haber mejorado sus redes sociales y acercarse más con sus padres, principalmente; y una mejora en el control del enojo. Los adolescentes mencionaron que sí recomendarían a otras personas el taller.

Debido a lo anterior se puede afirmar que la prevención es la mejor manera en que los adolescentes pueden evitar conductas de riesgo. Tras el desarrollo y evaluación del taller se observó que el taller tuvo un impacto a corto y largo plazo en los adolescentes. También se propone trabajar de manera alterna con los padres de familia para reforzar el impacto del taller en los adolescentes.

De los resultados obtenidos de este proyecto, se concluye se cumplieron los objetivos de la investigación, al desarrollar y evaluar el taller y tras su aplicación reducir los indicadores de riesgo en población de adolescentes tempranos.

INTRODUCCION

El siguiente trabajo se compone de siete capítulos que van desde los antecedentes, donde se aborda desde la epidemiología de los adolescentes de manera global, hasta una breve explicación de los componentes a evaluar que componen la tesis; el capítulo de método; el capítulo de resultados de la investigación; y finalmente la discusión, conclusión y sugerencias de la misma.

La adolescencia se caracteriza por cambios en el desarrollo físico, mental, emocional, mental y social; que provocan contradicciones en el proceso de búsqueda de la identidad y de un equilibrio consigo mismo. En esta etapa los adolescentes son fácilmente influenciados, pues los estilos de vida que frecuentan les permiten adquirir tendencias de comportamientos y se consolidan otras que están arraigadas desde la infancia, producto del medio donde el adolescente se desenvuelve. También hay indicios de la existencia durante la niñez y la adolescencia de fases sensibles del desarrollo en las cuales las aptitudes sociales y cognitivas, los hábitos, las estrategias para afrontar la vida, las actitudes y los valores se adquieren con mayor facilidad que en periodos posteriores. Esas capacidades y aptitudes determinan en gran medida la trayectoria de la vida y tienen repercusiones para la salud en fases ulteriores. Además, un enfoque que abarca la totalidad del ciclo vital permite examinar las consecuencias de salud a largo plazo de las experiencias biológicas y sociales vividas durante la primera parte de la edad adulta y la madurez, y considerar si esos factores simplemente conllevan riesgos adicionales o interactúan con factores biológicos y sociales de fases más tempranas atenuando o exacerbando riesgos de salud a largo plazo

Existen estilos de vida que ponen riesgo la salud y en particular la salud mental de los adolescentes que pueden comprometer seriamente aspectos de su desarrollo. La demanda en los servicios de salud y de manera específica en salud mental ha aumentado significativamente, producto de una carencia de servicios en el nivel de atención primaria, lo que provoca que no sean detectados a tiempo y como consecuencia sean atendidos hasta que se manifiesta un trastorno específico que desencadena costos más altos en infraestructura más compleja, atención

especializada, desgaste emocional de los pacientes y de los que le rodean, etc. En respuesta a estas demandas debe de existir como alternativa de atención, los programas de intervención breve que estén dirigidos a la prevención de factores de riesgo.

La presente investigación tiene como objetivo desarrollar y evaluar un programa preventivo de atención breve para adolescentes con la finalidad de reducir los indicadores de riesgos a corto plazo en dicha población.

II MARCO TEORICO

1 EPIDEMIOLOGIA DE LA SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES

1.1 La salud en niños y adolescentes contexto internacional y nacional

Según la definición utilizada por las Naciones Unidas, la población joven es aquella entre los 15 y 24 años de edad, mientras que la Organización Mundial de la Salud define la población adolescente como aquella entre 10 y 19 años. Sobre esta base, los jóvenes son aquellos entre 10 y 24 años de edad.

En general se considera que los adolescentes (jóvenes de 10 a 19 años) son un grupo sano. Sin embargo, muchos mueren de forma prematura debido a accidentes, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables.

Más numerosos aún son los que tienen problemas de salud o discapacidades. Además, muchas enfermedades graves de la edad adulta comienzan en la adolescencia. Por ejemplo, el consumo de tabaco, las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH, y los malos hábitos alimentarios y de ejercicio, son causas de enfermedad o muerte prematura en fases posteriores de la vida.

En cuanto a problemas de salud mental, Existe un consenso cada vez mayor sobre el hecho de que un desarrollo sano durante la infancia y la adolescencia contribuye a una buena salud mental y puede prevenir problemas de salud mental.

Mejorar las habilidades sociales, la capacidad para resolver problemas y la autoconfianza puede ayudar a prevenir algunos problemas de salud mental, como los trastornos de la conducta, la ansiedad, la depresión y los trastornos alimentarios, así como otros comportamientos de riesgo, por ejemplo, relacionados con las conductas sexuales, el abuso de sustancias o los comportamientos violentos

De acuerdo con el censo INEGI 2014, en México residen aproximadamente 29.9 millones de jóvenes de 15 a 29 años, monto que representa 24.9% de la población total.

En cuanto a su estructura por edad, del total de jóvenes, 36.8% son adolescentes de 15 a 19 años, uno de cada tres (34.1%) son jóvenes de 20 a 24 años y tres de cada 10 (29.1%) tienen de 25 a 29 años de edad. En los adolescentes y en los jóvenes de 20 a 24 años la población masculina es mayor a la femenina, con 106.8 y 102.8 hombres por cada cien mujeres, respectivamente; en el grupo de 25 a 29 esta relación se invierte (92.9) debido a la sobre mortalidad masculina y a la migración internacional que es predominantemente masculina y que empieza a ser notoria a partir de este grupo de edad.

De acuerdo con la definición operativa de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 20012 (ENSANUT 2012), el grupo de adolescentes corresponde a la población de 10 a 19 años de edad.

Tabla 1. Distribución de la población de 10 a 19 años de edad, según edad y sexo. México, ENSANUT 2012.

Edad	Hombres		Mujeres		Total	
	n*	%	n*	%	n*	%
10 años	1 237.3	10.7	1 239.4	11	2 476.7	10.8
11 años	1 186.3	10.2	1 219.6	10.8	2 406.0	10.5
12 años	1 267.4	10.9	1 157.4	10.3	2 424.8	10.6
13 años	1 303.5	11.2	1 250.2	11.1	2 553.7	11.2
14 años	1 330.6	11.5	1 098.7	9.8	2 429.4	10.6
15 años	1 241.4	10.7	1 163.8	10.3	2 405.2	10.5
16 años	1 090.4	9.4	1 082.7	9.6	2 173.2	9.5
17 años	1 103.9	9.5	1 060.1	9.4	2 164.1	9.5
18 años	982.4	8.5	1 001.7	8.9	1 984.2	8.7
19 años	868.2	7.5	989.1	8.8	1 857.3	8.1
Total	11 611.8	50.8	11263.1	49.2	22 874.9	100

1.2 Necesidades y búsqueda de atención en la población infantil y adolescente.

Los comportamientos de riesgo y sus consecuencias son preocupaciones centrales para la salud de los adolescentes, e incluyen accidentes, consumo de sustancias adictivas, violencia, inicio temprano de actividad sexual, prácticas sexuales sin protección, infecciones de transmisión sexual, entre otras. Por otra parte, se han comenzado a observar a edades más tempranas padecimientos crónicos (diabetes e hipertensión), lo que implica la necesidad de monitorear estas condiciones

Dada la prevalencia de síntomas emocionales y conductuales en niños y adolescentes en México, surge la necesidad de identificar de forma temprana los problemas de conducta que posteriormente pueden surgir en la vida adulta, de no atenderse durante la infancia o adolescencia. Los estudios de la psicopatología del desarrollo han mostrado que algunos problemas y trastornos iniciados en la infancia persisten hasta la edad adulta, y se asocian con otros trastornos psiquiátricos.

Durante la adolescencia, otros trastornos y factores de riesgo favorecen a las conductas riesgosas. Se entiende como factor de riesgo a una característica o circunstancia cuya presencia aumenta la posibilidad de que se produzca un daño o resultados no deseados, las y los adolescentes por diversas circunstancias ambientales, familiares e individuales, frecuentemente desarrollan conductas que participan como factores de riesgo. Las conductas de riesgo, que a su vez pueden constituir daños más comunes 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.

Otras conductas de riesgo importantes son las relaciones sexuales sin protección, que pueden llevar a infecciones de transmisión sexual como el VIH/SIDA y los embarazos no planeados.

Los síntomas por los cuales se acude en busca de ayuda a los servicios de salud mental para niños y adolescentes, se han agrupado según sus manifestaciones de externalización, como la hiperactividad, la impulsividad, desobediencia y agresión, así como otros síntomas de conducta desorganizada, reportados como más frecuentes y a los que con mayor premura se acude. A su vez, las manifestaciones de internalización incluyen principalmente las relacionadas con la angustia, los estados alterados del ánimo, y para éstas se reconoce un mayor retraso en la atención (Caraveo-Anduaga, y cols., 2002)

No existe a la fecha datos precisos sobre los motivos de consulta que hacen que niños y adolescentes requieran del servicio de atención en cuanto a salud mental

se refiere, la información obtenida en encuestas y reportes se han obtenido a través de los padres, maestros, tutores o familiares con los que éstos conviven, así como de médicos o profesionales de la salud que se encargan de cuidar a la comunidad. Lo anterior tiene que ver con la falta de conocimiento que existe en torno a la percepción de la necesidad para atender los problemas de salud mental en la infancia y la adolescencia. En un estudio realizado por Caraveo-Anduaga se ha encontrado también que la búsqueda de la atención se hace hasta con un año de retraso, siendo el caso para los trastornos emocionales y hasta ocho años de diferencia para los retrasos mentales.

Tampoco, en la actualidad, existe alguna estadística confiable que nos permita conocer la intensidad de uso de los servicios de salud mental por parte de los adolescentes; solamente el Sistema de Información en Salud para Población Abierta 2000 nos permite apreciar que 7% de toda la consulta externa de primer nivel de atención nacional es demandada por población de entre 10 y 19 años de edad (Santos-Preciado y cols., 2003).

La sociedad debe pensar en la juventud como una inversión social efectiva, describir toda la escala de temas que les son interesantes para que se vean incluidos en la discusión social, que se sientan interesados en su futuro y cuidar de equilibrar los temas de su atención en el resto de la sociedad. Dada la importancia que representa este grupo poblacional para el desarrollo del país, se hace necesario un abordaje, a través del cual se haga frente a los riesgos a los que se encuentran expuestos, y que principalmente se dividen entre aquellos nuevos, propios de la modernización y urbanización a los que se encuentran sometidos, y aquellos del rezago, que aún se encuentran presentes. Es por ello que a través de este análisis se hace una invitación no solamente a continuar con la caracterización de este grupo poblacional, sino para el diseño creativo e inteligente de programas de intervención concretos que tengan tanto la capacidad de disminuir las amenazas como de aprovechar este potencial dinámico y creativo que caracteriza a este grupo poblacional.

1.3 El abuso de drogas y la salud mental en los adolescentes

Los datos epidemiológicos más recientes en cuanto a las conductas de riesgo en los adolescentes mexicanos están contenidos en la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT), donde se obtuvieron datos de una población total de aproximadamente 21 519 adolescentes en donde encontramos lo siguiente:

El abuso de alcohol y otras drogas representa un serio problema de salud pública en el mundo y es responsable de trastornos neuropsiquiátricos, violencia doméstica, abuso y abandono de niños y disminución de la productividad laboral, entre otros. Los estados de ánimo negativos en los adolescentes tienen relación con el fumar y con el abuso del alcohol.

1.1.3 Tabaco

La prevalencia de consumo de tabaco entre los adolescentes se definió como aquel individuo que había fumado 100 cigarros o más en su vida. En promedio, los adolescentes fumaron por primera vez un producto de tabaco a los 14.6 años y no se observa diferencia entre hombres y mujeres. El 15.8% inició a los 12 años o antes, 50.5% entre los 13 y los 15 años y 33.7% de 16 a 19 años (ENSANUT).

Algunos de los factores que contribuyen a que los niños y adolescentes sean un grupo de riesgo para el consumo de tabaco incluyen, entre otros, la facilidad de acceso a los cigarros, la presión de grupo y la promoción de tabaco.

El tabaquismo en los adolescentes representa un problema serio, ya que invita al consumo de otras drogas: se asocia a un mayor riesgo (14%) de consumo de marihuana y alcohol. Además, 97.2% de los fumadores consumen una segunda droga, principalmente alcohol, y el 83% consume una tercera: la marihuana (Tapia-Conyer y cols).

En el caso del tabaco los efectos en la morbilidad y mortalidad a largo plazo pueden ser: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema pulmonar, cáncer de pulmón, enfermedad isquémica cardiaca, muerte prematura, etc. (Vázquez, Sesma, & Hernández-Ávila, 2002).

2.1.3 Alcohol

La prevalencia de consumo de alcohol entre los adolescentes se definió como el consumo de una bebida alcohólica de forma diaria, semanal, mensual u ocasional en el último año.

Entre los años 2000 y 2012 no se observa un cambio estadísticamente significativo en el porcentaje total de adolescentes que consumen alcohol

El abuso de alcohol entre los adolescentes se definió, en el caso de los hombres, como el consumo de cinco copas o más por ocasión; y en el caso de las mujeres, cuatro copas o más por ocasión. Menos de 1% de los jóvenes abusa del alcohol diariamente, 2.3% lo hace de manera semanal, 5.8% mensual y 7.2% ocasionalmente.

Las consecuencias del abuso reportadas con mayor frecuencia por este grupo son: los problemas con la policía suscitados mientras usaba bebidas alcohólicas, problemas derivados de conducir automóviles, mismos que como era de esperarse, fueron más frecuentes entre los varones (9.7% de los hombres urbanos y 2.9% de los hombres rurales). Este problema sólo fue reportado por 1.2% de las mujeres urbanas y no se observó entre las adolescentes rurales). En segundo lugar, se reportó haber iniciado peleas mientras la persona estaba tomando (3.6% de los hombres urbanos y 1.8% en los hombres rurales), solamente 0.3% de adolescentes urbanas reportaron esta conducta. En tanto, 28,538 adolescentes urbanos que representan 1.7% de este grupo reportó haber sido arrestado mientras conducía después de haberse tomado unas copas.

3.1.3 Drogas ilegales

Según la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011, señala que los resultados de los diferentes estudios recientes muestran incrementos significativos en el uso de drogas ilegales, especialmente en el uso de marihuana. El porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años fue mayor entre los usuarios que mencionaron como droga de impacto los inhalables (40.5%), seguido por la marihuana (35.1%). Por otro lado,

entre los que tuvieron como droga de impacto a la cocaína y las metanfetaminas, más del 40% eran adultos jóvenes (20 a 29 años).

Para los hombres, se encuentra una situación similar, el mayor consumo es de marihuana (2%), le siguen los inhalables (0.6%) y finalmente la cocaína (0.4%); no obstante, ninguno de los incrementos es estadísticamente significativo. Lo mismo ocurre con las mujeres, aunque sus prevalencias son menores a las mostradas por los hombres.

De los problemas derivados del consumo se encontró la dependencia principalmente, el 0.44% de la población total entrevistada (12 a 65 años) presenta 3 síntomas o más de dependencia (0.55% de la población urbana). Cabe destacar que los principales problemas físicos de dependencia presentes en la población son las convulsiones o las infecciones.

El principal medio del uso inicial de drogas son los amigos (la marihuana, 57%; la cocaína, 69% y los alucinógenos, 66%), sin embargo, cabe destacar que una parte importante mencionó haber obtenido las drogas por desconocidos en la calle, proporción que llega a representar a casi la mitad de los usuarios de heroína (46%) y de estimulantes tipo anfetamínico (46%), señalándose que la fuente principal en el caso de los inhalables fue la calle (59%)

4.1.3 Mecanismos del inicio del consumo de drogas

Los adolescentes están propensos a consumir sustancias tóxicas, a veces por curiosidad, por no perder el reconocimiento y aprobación del grupo; otras por destacarse y llamar la atención de los demás. También por evadir conflictos con los amigos, padres, maestros; ocultar sentimientos de depresión y soledad.

Muchos adolescentes carecen de supervisión de los padres, cuando regresan de la escuela encuentran la casa vacía, por lo que no es de extrañar que se sientan solos y quieran remediarlo, así que se juntan con amigos. Pero aun así, continúan aburridos y pasan horas viendo televisión y videos musicales o navegando en la red en busca de emociones. En este cuadro entran con facilidad el tabaco, las drogas y

las bebidas. También hay adolescentes que proceden de familias donde algún miembro consume algún tipo de droga y no ve el peligro de los mismos por tanto no disciplinan a sus hijos al respecto.

Problemas familiares. Los adolescentes al vivir una etapa muy particular en sus vidas y pasar por muchos cambios tanto físicos como emocionales y, al tratar de evadir los problemas, buscan salidas fáciles o formas de olvidarlos, por ejemplo por medio del alcohol y las drogas.

Muchas veces las adicciones surgen por problemas dentro de la familia (incomprensión, falta de comunicación, golpes, maltrato intrafamiliar, rechazo, padrastros, abandono, falta de recursos económicos, dificultades escolares, pobreza absoluta y desamor), al sentir que no son queridos en los hogares, los adolescentes tienen la impresión de no ser escuchados o tomados en cuenta.

Caen en un error al tratar de solucionar los conflictos por medio de las drogas, creyendo que sólo van a ingerir una vez la sustancia, pero en realidad se genera la costumbre o la adicción, esto ocasiona que los problemas familiares aumenten, ya que la droga consumida es más fuerte, y al no querer o poder dejarla, a veces los adolescentes optan por abandonar el hogar, convirtiéndose en el peor de los casos, en niños de la calle, en la que se exponen a riesgos de gran magnitud como contraer enfermedades, ser golpeados, soportar abusos, explotación, hambre y abandono.

El tiempo que persista el efecto de la droga en su organismo, es equivalente al del abandono de sus problemas, después, todo vuelve a la realidad, las situaciones preocupantes siguen ahí e incluso aumentan por la adicción generada.

Influencias sociales. También recurren a las drogas cuando se presentan problemas en su alrededor. Por ejemplo, al no ser aceptados por los amigos o una condición para ingresar a cierto grupo es el ingerir droga, ser como ellos, imitarlos, hacerles creer que "los viajes" son lo máximo, o lo peor, caer en la influencia social. Los adolescentes deben ser muy conscientes de sí mismos y mantener su postura de decir NO.

Los jóvenes que no quieren consumir drogas, deben saber cuidarse de las amistades que manifiestan insistencia, pues su obsesión puede ser tan grande que estarán buscando el momento adecuado para inducirlos. Lo más conveniente es alejarse de ese tipo de grupos, que suelen llamarse "amigos".

Ser problemático puede ser causa de la influencia de los compañeros, como hacerlos caer en la delincuencia. Ya que los robos que son realizados por adictos, son primordialmente por la necesidad de seguir drogándose. Esto ocasiona tener problemas con las autoridades y posteriormente ser sometidos a las cárceles.

Cuando los adictos aún están en sus casas, presentan depresión y aislamiento mental, lo que provoca bajo rendimiento o ausentismo escolar y mala comunicación familiar.

Problemas emocionales. Cuando surgen los problemas en la vida de algunos adolescentes (regaños, golpes, desconfianza, incompreensión, conflictos económicos en la familia, padres adictos o divorciados, dificultad de aprendizaje escolar, etc.), reflejan una gran depresión emocional, en la que pueden sentirse llenos de rencor, ira y vergüenza, por el comportamiento de los padres, amigos o conocidos. Estos jóvenes buscan la manera de que no les afecte gravemente en su estado emocional y utilizan una forma de salir de ellos con ayuda de una adicción.

Los problemas generalmente ocasionan en los adolescentes depresión, sentimiento de culpa, autoestima baja, evasión de la realidad, desamparo y prepotencia, ellos piensan que son los causantes del daño y posteriormente con el uso de las drogas (incluyendo alcohol y tabaco) creen librarse de las dificultades, aunque no siempre recurren a las drogas, sino también se presenta en otro tipo de adicciones como:

- ✓ Comer demasiado
- ✓ Pasar mucho tiempo en los videojuegos
- ✓ Escuchar música
- ✓ Jugar y apostar
- ✓ Bailar
- ✓ Ver televisión

- ✓ Realizar colecciones de manera obsesiva, entre otros

Estos últimos, generan una adicción por el uso frecuente en que recurren a ellos; aunque no son tan dañinos para la salud, son tomados para salir de los problemas, como una forma de tranquilizar su cólera.

Curiosidad. En ocasiones los adolescentes tienen curiosidad por observar a personas de su edad en el acto de probar y sentir el uso de cualquier droga.

Además algunas drogas como tabaco, alcohol y los inhalantes, son de fácil acceso para ellos, son vendidas a bajo costo en casi cualquier establecimiento, lo que ocasiona ventaja de consumo.

Al aceptar el organismo la tranquilidad y relajación del efecto de la droga, ocasiona que éste exija el consumo nuevamente, pero con la misma dosis ya resulta insuficiente, lo que hace aumentar cada vez más la cantidad para sentir los mismos efectos, dando paso a la adicción. Algunos jóvenes que experimentan el sentir de bienestar o el simple hecho de "andar en un viaje" y que al consumir la droga su organismo los rechaza de una forma brusca, por lo general éstas personas no vuelven a intentarlo. Desafortunadamente esto no pasa tan frecuentemente.

Disponibilidad y uso de sustancias. El 35% de adolescentes informaron que les era fácil obtener drogas, a 21% de los varones y a 10% de las mujeres de hecho se las habían ofrecido. El 67% de los varones y 57% de las mujeres que habían usado drogas dijo que un amigo se las había proporcionado por primera vez, 18% de los varones y 40% de las mujeres habían obtenido la droga por primera vez de un familiar, 6 y 4% respectivamente, un compañero de la escuela, y solamente 5% de los varones, y ninguna mujer, reportó que la habían obtenido de un vendedor.

Otras conductas riesgosas

Del total de adolescentes que tuvieron relaciones sexuales, se observa que el porcentaje de utilización de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual es más alto en los hombres. Del total de adolescentes sexualmente activos,

14.7% de los hombres y 33.4% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual (ENSANUT).

2 PROBLEMÁTICA DE LA SALUD MENTAL EN LA ADOLESCENCIA

2.1 Agresión y Violencia

Muchos estudios de antaño y actuales han mostrado que la conducta agresiva antisocial en muchachos jóvenes está asociada con el desarrollo posterior de la delincuencia (Farrington, 1978; Robins, 1966; West y Farrington, 1973; Wolfgang y col., 1972; Wadsworth, 1979), y no existe duda de que hay un lazo estrecho entre agresión y delincuencia. Más aún esta asociación no es un mero reflejo de la relación entre agresión y delito violento, ya que el estudio de Cambridge sobre el Desarrollo de la Delincuencia (Farrington) mostró que los chicos que eran agresivos a la edad de 8-10 años mostraban un riesgo incrementado tanto de cometer delitos violentos como no violentos. Sin embargo, esto podría reflejar el solapamiento de la agresividad en edades tempranas y es importante preguntarse qué sucede en el posterior desarrollo del chico que es agresivo pero que no roba, y viceversa.

La implicación es que el robo y a agresión van frecuentemente asociados, pero esta asociación se hace evidente al menos hacia la mitad de la adolescencia, y que la agresión por sí misma, a la edad de 8-10 años no tiene necesariamente que acarrear un aumento en el riesgo de manifestar conducta delictiva. No obstante, es interesante hacer notar que en el estudio epidemiológico de niños de 10 y 11 años de edad (Rutter, Tizard y Whitmore, 1970), existía un substancial grupo de trastornos de conducta no delictiva.

Luego entonces, existen algunos indicadores de la posibilidad de que los trastornos agresivos, al menos aquellos confinados dentro de la familia, puedan construir un síndrome o una dimensión de conducta que está relativamente separado de la conducta de robar o de otras actividades delictivas relacionadas.

En México la violencia y las agresiones físicas son amenazas muy reales para los adolescentes mexicanos. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006),

66.8% de los varones y 38.2% de las mujeres en edades de 10 a 19 años han sufrido golpes, patadas y puñetazos. “Los resultados señalan que las mujeres fueron agredidas o violentadas con mayor frecuencia en su hogar que los hombres, pues el 21.1% de ellas declaró haber sufrido agresión o violencia en su propia casa. En tanto, 0.3% de los hombres sufren, principalmente, la misma agresión en el transporte o vía pública”, explicó Mauricio Hernández Ávila, director general del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2006).

Los datos basados en entrevistas efectuadas a 25 mil 56 adolescentes de 10 a 19 años establecen que 62.5% de varones y 49.1% de mujeres sufren las mayores agresiones físicas, con arma de fuego, objetos cortantes, en el transporte o la vía pública.

La escuela se ha vuelto el segundo lugar más peligroso para los jóvenes: 24.9% de hombres y la misma cantidad de mujeres aseguraron haber sido violentadas en alguna sede educativa. CRÓNICA, sep. 27, 2006.-

Por otra parte, en México las muertes por “causas violentas y accidentes” ocupa el primer lugar como causa de fallecimiento en adolescentes.

Existen evidencias de que en los últimos años, en México los actos suicidas en los adolescentes se han incrementado considerablemente; si bien, su prevalencia todavía no es elevada. Según una encuesta realizada en el D. F., 36.9% de la población adolescente entre los 13 y 19 años reportó pensamiento sobre la muerte y el 17.5% pensó en matarse. En México la tasa de suicidios entre adolescentes de 15 a 19 años pasó del 1.49 a 2.83. En 1990 el suicidio fue la cuarta causa de muerte para el grupo de adolescentes entre 15 y 24 años, sólo superada por los homicidios, accidentes en vehículos y ahogamiento.

Dadas estas circunstancias antes mencionadas el mejor tratamiento del adolescente rebelde es la prevención (Álvarez y Vargas; 2002). Como parte de este trabajo se lleva a cabo una intervención breve para adolescentes, dicha prevención se menciona con más detalles en el capítulo 4.

Sin embargo cuando la violencia o los problemas con el adolescente son evidentes, es necesario tratarlo con medidas a tomarse en cuenta: Intervenciones en la familia, programas centrados en la juventud (con psicoterapia grupal e individual, cognitiva-conductual), actividades recreativas como el deporte. (Álvarez, Vargas)

2.2 Trastornos de conducta con o sin perturbación emocional

Es relativamente común entre los chicos y adolescentes con conducta delictiva, presentar desórdenes de tipo emocional, manifestándose por un humor depresivo (Rutter, Tizard y Whitmore, 1970). Aunque a los 14-15 años las condiciones presentan un patrón intermedio entre trastornos de conducta y trastornos emocionales (Graham y Rutter, 1973) el curso total entre los dos períodos de edad fue también algo intermedio, ya que el 75% de los chicos con trastornos de conducta a los 10-11 años todavía tenían problemas psiquiátricos relacionados con retraso social a los 14-15 años; las cifras de comparación fueron del 58% y del 46%, respectivamente, para los que presentaban trastornos mixtos y trastornos emocionales. El patrón de cambio de sintomatología entre la niñez mediana y la adolescencia, sin embargo, mostró una gran cantidad de cambio de trastornos emocionales a trastornos mixtos y ninguno a trastornos de conducta (Graham y Rutter, 1973).

Hewitt y Jenkins (1946) encontraron que la agresión no socializada estaba asociada a los hogares rotos, hostilidad familiar y rechazo por parte de la madre; y la delincuencia socializada estaba relacionada con marginación social, negligencia por parte de los padres y amigos delincuentes.

Las características asociadas al delito violento son muy similares a las asociadas con el no violento (el único factor), en el estudio de Farrington, que diferenciaba los dos grupos era la disciplina dura por parte de los padres, la cual era más común en los delincuentes violentos (Farrington, 1978).

2.3 Elementos etiológicos y de riesgo

Algunos de los factores de riesgo se agrupan fundamentalmente en cuatro áreas: psicobiológica, socioeconómica, neuroendocrina y genética. A continuación algunos ejemplos de ellos. 1) Temperamento infantil: aquellos niños que demuestran respuesta con patrones oposicionistas, que tienen un elevado nivel de actividad y una baja adaptación social padecen más conductas violentas y berrinches; 2) Factores parentales: se ha demostrado que la presencia de psicopatología en los padres, de conductas criminales y de una inadecuada y confusa relación paterno-filial aumentan el riesgo de TD en los niños; 3) Factores familiares: se ha observado más la presencia del TD en niños de familias muy numerosas o con poca cohesión; 4) Factor socioeconómico: el TD se presenta más en los niños con bajo nivel socioeconómico; 5) Factores comunitarios: se ha observado mayor prevalencia del TD en comunidades con elevada criminalidad; 6) Factores escolares: malas condiciones del inmueble escolar, pobre énfasis en lo académico, poco tiempo utilizado en la preparación de las clases y métodos agresivos de enseñanza; 7) Factores biológicos: se ha observado mayor prevalencia de partos traumáticos y traumatismos cráneo encefálicos en niños y adolescentes con TD; 8) Factores neuroendocrinos: se ha observado un menor nivel del salud pública de México; 9) Abuso y negligencia: aquellos adolescentes que fueron o son víctimas de abuso físico, sexual o psicológico, o bien de negligencia por parte de los cuidadores, tienen mayor riesgo de presentar el TD.

Dados estos tipos de conducta en los adolescentes el tratamiento más adecuado o el sugerido por la mayoría de los psicólogos es la terapia de tipo cognoscitivo-conductual (TCC), pues ha sido la más utilizada en las diferentes investigaciones de tratamiento psicoterapéutico en adolescentes; los procesos cognitivos de percepción, autoconocimiento, atribuciones y destrezas en la solución de problemas deben ir de acuerdo con el manejo de los roles en los problemas de conducta; estos procesos se refieren a la manera en la que el adolescente se enfrenta a las diferentes situaciones que vive.

Existen también programas psicoeducativos dirigidos a los padres o cuidadores, con los cuales se les enseña sobre la eliminación de la agresividad en las relaciones familiares, los límites, la responsabilidad, y el manejo del estrés, entre otros. La mayoría de las intervenciones TCC tienen éxito a corto plazo o cuando los ambientes son altamente estructurados, pero sus beneficios desaparecen en el mediano y largo plazo. Se han ensayado algunas estrategias como las denominadas hospitalización parcial, programas de tratamiento residencial y programas escolares especiales (De la Peña-Olvera, 2003).

Así algunos autores del Comité de Adolescencia de la Sociedad Uruguaya de Pediatría (CASUP, 2002), responden a cuestiones sobre la conducta del adolescente, asegurando que de los trastornos de conducta en esta etapa se muestra que los primeros síntomas aparecen en la niñez y se dan en promedio a los 14,7 años; más frecuente en varones que en mujeres y pueden tener, diversas formas de presentación.

El adolescente adopta conductas antisociales pues en esta etapa de la vida se transita el camino de la dependencia a la autonomía, en el que pueden hallarse obstáculos, tanto en el adolescente, su familia, y/ o su entorno. En lo que atañe a cada adolescente, los trastornos en esta área son indicadores de una falla temporal o permanente en la capacidad de elaboración cognitiva de los conflictos; de una imposibilidad de “metabolizar” las emociones contradictorias con que se enfrenta. La familia por su parte, juega un papel fundamental en estas conductas del adolescente, es la “matriz de socialización” de los jóvenes. En definitiva, el adolescente es el espejo en el que se mira cada familia. También el entorno, los “núcleos de socialización”, entre los que figuran los amigos, las instituciones, los medios masivos de comunicación, el contexto social en general cumplen, en este sentido, su papel, CASUP, 2002.

2.4 Deserción escolar y factores escolares

Se ha sugerido que los factores escolares pueden haber jugado un papel importante influyendo en la conducta de los alumnos de modo que estos resultados podrán afectar los índices globales de trastornos de conducta. Para Rutter, la fuente más importante de distorsión es la entrada a la escuela, esto es, algunas escuelas admiten una mayor proporción de alumnos con problemas de conducta y por lo tanto, las diferencias entre escuelas en el índice de delincuencia son sólo una consecuencia de estas diferencias en admisión.

Los resultados de investigaciones hechas por Rutter y col., (1979), acerca de las variaciones escolares en el rendimiento académico, indican que las influencias de las escuelas tienen un impacto muy pequeño en el alcance de la variación individual, y que comparado con las variables familiares, los factores escolares explicaban solamente una pequeña parte en la conducta de los niños o en el rendimiento académico.

Por otro lado, considerando las características individuales de los chicos, pareciera que aquel que fuera a una escuela con una proporción alta de chicos poco hábiles intelectualmente tenía más probabilidad de ser delincuente que un chico de características iniciales similares y de historial parecido que fuera a una escuela con un mayor equilibrio académico.

Existen muy pocos datos acerca de las influencias de la escuela sobre los índices de delincuencia para proporcionar conclusiones muy firmes. Sin embargo, los hallazgos encontrados sugieren que existe una influencia, y que tanto el equilibrio de las habilidades intelectuales como del estatus social son factores relativos a la organización de la escuela y tienen un impacto significativo sobre la conducta de los adolescentes (Rutter, 1988).

De esta misma manera, en nuestro país y Estados Unidos los resultados de estudios acerca de la deserción escolar en adolescentes no distan mucho de los resultados en otros continentes. Algunas de los resultados del Centro Nacional para la Estadística de la Educación (NCES, 2003), del Departamento de Educación de

los E.U.A., ha mencionado que los estudiantes que dejan la escuela antes de graduarse toman una decisión trascendental que reduce sus oportunidades en el futuro. Dejar la secundaria no necesariamente conduce a la pobreza, pero retirarse hace más difícil comenzar o retomar una carrera, si es que hay alguna. Muchos trabajos requieren destrezas que se basan en una educación sólida.

¿Por qué desertan? Las razones que los adolescentes desertores dan para su retiro, no resultan sorprendentes. Cuando a un grupo de jóvenes se les preguntó dos años después de haber dejado la escuela, porqué lo habían hecho, algunos chicos mencionaron:

- ✓ Bajos resultados (36%)
- ✓ Tener que sostener a una familia (26%)
- ✓ Desagrado por la escuela (25%)
- ✓ Ser expulsados o suspendidos (13%)
- ✓ En el caso de las mujeres atribuyeron la deserción a:
 - ✓ Matrimonio o planes para casarse (31%)
 - ✓ Sentir que “la escuela no es para mí” (31%)
 - ✓ Bajos puntajes o calificaciones (30%)
 - ✓ Embarazo (23%)
 - ✓ La necesidad de un trabajo (11%), (NCES, 1983).

Resulta difícil atribuir razones específicas a la deserción escolar. Más de la mitad de las mujeres dijo que habían dejado de estudiar por estar embarazadas o para casarse, pero no podían haber quedado embarazadas o haber contraído matrimonio por que no iban bien o no estaban interesadas en la escuela. Las explicaciones que dieron los hombres fueron pocas. Algunos investigadores han atribuido la deserción a falta de motivación y baja autoestima, mínima participación de los padres en la educación, bajas expectativas de los profesores y problemas disciplinarios en el hogar y en la escuela. (Hule, 1981).

¿Qué estudiantes tienen mayor probabilidad de dejar de estudiar? Los estudiantes con mayor probabilidad de desertar son aquellos cuyos padres no tienen mucha

educación y poseen trabajos de bajo nivel, y quienes pertenecen a familias grandes con un solo padre: tienen de tres a cinco veces más posibilidades de dejar la escuela que los niños con circunstancias más privilegiadas (NCES, 1987). Incluso en familias de clase media, los adolescentes de familias con un solo padre o de parejas que se volvieron a casar tienen mayor posibilidad de retirarse del estudio de quienes viven con sus padres, según un estudio realizado entre más de 13 mil estudiantes de segundo año de universidad (Zimiles y Lee, 1991).

Los adolescentes que desertan tienen problemas para conseguir trabajo, los empleos que consiguen son de bajo nivel, mal pagados y tiene más posibilidad de perderlos. En un estudio de desertores de secundaria, el 27% de hombres y el 31% de las mujeres estaban buscando trabajo; el 31% de las mujeres no lo hacían porque eran amas de casa de tiempo completo. De quienes trabajaban, sólo cerca del 14% de los hombres y el 3% de las mujeres tenían trabajos que requerían habilidades técnicas. Los empleos comunes eran como meseros, labores manuales, trabajo en fábricas, venta en almacenes, cuidado de niños, labores de oficina y en granjas. Más de la mitad se lamentaba de haber dejado la escuela demasiado pronto, y sólo un porcentaje tomaba parte de programas educativos (CNES, 1987).

2.5 Intento suicida y suicidio consumado

Aunque los suicidios consumados han ido aumentando de frecuencia entre los jóvenes, los niveles absolutos en este grupo de edad son muy bajos comparados con los de los grupos de mayor edad. Por el contrario, los intentos de suicidio tienen su punto culminante al final de la adolescencia y al inicio de la edad adulta.

La prevalencia de intento de suicidio en adolescentes se incrementó con respecto a la registrada en la ENSANUT, de 1.1% a 2.7%. Lo mismo ocurre en las prevalencias según sexo, al pasar de 0.6 a 0.9% en el grupo de hombres y de 1.7 a 4.6% en las mujeres.

A temprana edad se manifiesta una conducta de intento de suicidio con 3.5% de los adolescentes entre 13 y 15 años, a diferencia de la encuesta anterior ENSANUT, donde el porcentaje más alto se registraba en el grupo de adolescentes entre 16 y

19 años de edad con 1.9%. Además, las mujeres, en comparación con los hombres, mostraron más intento de suicidio en los diferentes grupos de edad. Los resultados permiten visualizar que la prevalencia de intento de suicidio aumenta en aquellos adolescentes que no tienen escolaridad (4.0%) y es más marcado en hombres que en mujeres (6.3% contra 1.4%) No es casual, que en México el suicidio sea la segunda causa de muerte entre los jóvenes, después de los accidentes automovilísticos, Villatoro (2008).

El conocimiento actual de la conducta suicida como un complejo fenómeno multifactorial nos obliga a promover una mayor investigación en el contexto sociocultural y psicosocial para una identificación más precisa de grupos de riesgo y mejor aplicación de medidas preventivas y terapéuticas.

2.6 Demanda de atención en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología.

Una de las instituciones que está dirigida a la atención y cuidado de la Salud Mental se encuentra el Centro de Servicios Psicológicos (CSP) de la Facultad de Psicología de la UNAM, la cual atendió durante el período de mayo del 2006 a abril del 2007 en preconsulta y entrevista de primera vez un total de 2183 casos; de los cuales se canalizaron de manera externa el 4.3%; en canalización interna se atendió al 95.6%; de ellos en talleres se atendió al 22.3%. En los últimos 8 meses se ha recibido una proporción en preconsulta de 39.8% de adolescentes de 12 a 23 años, (según clasificación del CSP) de ellos, el 9.3% corresponde a adolescentes de entre 12 y 15 años, de ésta población el 60% son hombres y el 40% son mujeres, para cuyo grupo de edad actualmente no existe un programa de atención acorde a sus necesidades. En el primer trimestre de 2007 se han recibido 91 adolescentes en preconsulta de un rango de edad de 12 a 15 años, como lo describe la figura 4. Es por ello, que en el siguiente trabajo se lleva a cabo un Programa de Intervención Breve para Adolescentes de entre 12 y 15 años.

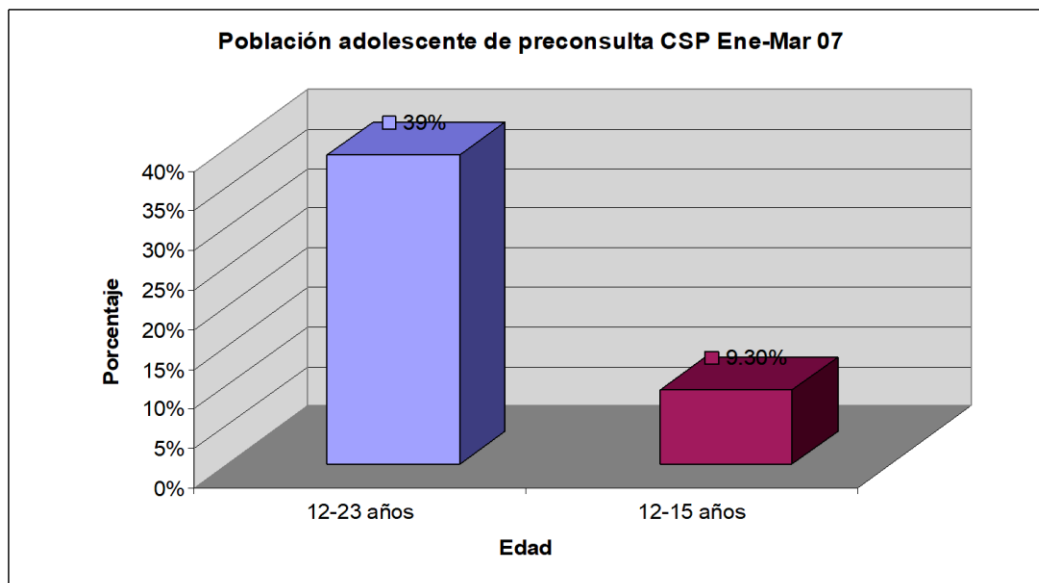


Figura 3. Porcentaje de la población adolescente que acudió al CSP a solicitar consulta de primera vez en el período de enero a marzo de 2007. (Elaborado por las autoras)

3 CICLO DE VIDA Y ADOLESCENCIA

Un enfoque que abarca la totalidad del ciclo vital pone de relieve la perspectiva temporal y social, permite examinar retrospectivamente las experiencias de vida de una persona, de una cohorte o de varias generaciones para encontrar las claves de las características de su estado de salud o enfermedad, reconociendo al mismo tiempo que las experiencias tanto pasadas como presentes están determinadas por el entorno social, económico y cultural. En epidemiología, la perspectiva del ciclo vital se está utilizando para estudiar los riesgos físicos y sociales presentes durante la gestación, la niñez, la adolescencia, la edad adulta joven y la edad madura que afectan al riesgo de contraer enfermedades crónicas y a los resultados de salud en fases posteriores de la vida. El objetivo es identificar los procesos biológicos y psicosociales fundamentales que intervienen a lo largo de la vida (Kuh y Ben-Shlomo, 1997 en OMS, ILC, 2000).

3.1 ¿Cómo ubica la teoría del ciclo vital a la adolescencia?

Un número creciente de pruebas indica que hay periodos críticos de crecimiento y desarrollo, no sólo durante la gestación y la primera infancia sino también durante la niñez y la adolescencia, en los cuales la exposición a ciertos factores ambientales puede ser más nociva para la salud y afectar más al potencial de salud a largo plazo que en otros momentos de la vida. También hay indicios de la existencia durante la niñez y la adolescencia de fases sensibles del desarrollo en las cuales las aptitudes sociales y cognitivas, los hábitos, las estrategias para afrontar la vida, las actitudes y los valores se adquieren con mayor facilidad que en periodos posteriores. Esas capacidades y aptitudes determinan en gran medida la trayectoria de la vida y tienen repercusiones para la salud en fases ulteriores. Además, un enfoque que abarca la totalidad del ciclo vital permite examinar las consecuencias de salud a largo plazo de las experiencias biológicas y sociales vividas durante la primera parte de la edad adulta y la madurez, y considerar si esos factores simplemente conllevan riesgos adicionales o interactúan con factores biológicos y sociales de fases más tempranas atenuando o exacerbando riesgos de salud a largo plazo (Kuh y Ben-Shlomo, 1997 en OMS, ILC, 2000).

El término ciclo de vida se examina como el desarrollo biológico, cognitivo, social y emocional y su interacción con el ambiente. También se enfatiza en las expectativas que la sociedad establece hacia la conducta de los adolescentes y cómo se desarrolla. Además las normas históricas y culturales tiene una gran influencia en cómo esperamos que los chicos se comporten, un punto central en el estudio del desarrollo es cómo las características del niño en un punto determinado influyen en su desarrollo posterior.

Esta perspectiva no es determinista cualquier influencia dada afecta la probabilidad de desarrollar una conducta. De este modo, la presencia de un factor de riesgo en la adolescencia no garantiza que se desarrollará una conducta de riesgo (Biglan y cols., 2004)

Desde la perspectiva del ciclo de vida: los cambios y el desarrollo no están limitados a un período de vida inicial si no que las funciones psicológicas continuamente evolucionan durante nuestro tiempo de vida, y aquellos cambios y el desarrollo en si afectan toda nuestra existencia.

Entonces, los adolescentes no son producto de una fase o etapa del desarrollo ni se encuentran en un período de “inestabilidad” que precede a la “estabilidad” durante la vida adulta. Por el contrario, existen otros períodos de transición a parte de la adolescencia que ocurren durante el curso del ciclo de vida y que pueden ser difíciles y problemáticos tanto en la adultez, edad madura o en la vejez. Por lo tanto, “la crisis” de la adolescencia no es la única ni la más importante en la vida de las personas.

En la perspectiva del ciclo de vida la dimensión temporal juega un papel central, esto es a través de toda nuestra vida la interacción entre el individuo y su ambiente toman lugar en un continuo fluir en el cual el pasado se limita en cuanto a su relación con el presente y el futuro. A través de este enfoque nuestra atención no solamente se centra en el pasado como solía ser anteriormente donde los conflictos de la niñez resurgían debido a la crisis de la adolescencia. Hoy en día la perspectiva se enfoca principalmente en el presente (Rutter y Rutter, 1992), lo que implica las

características y cualidades específicas las cuales introducen nuevos elementos tanto positivos como negativos que pueden afectar profundamente la trayectoria del desarrollo.

El proceso de desarrollo depende del tipo de experiencia y la habilidad de cada individuo para interpretar y reelaborar estas experiencias y sucesos en relación con su experiencia en el presente. El futuro también posee un significado importante porque, aunque no existe, se proyecta en el presente como una representación mental del individuo sobre todo en la adolescencia, el futuro es producto de su desarrollo cognitivo el cual llega a tomar una dimensión relevante la cual puede dar lugar a planes complejos de acción y lograr metas personales. En resumen, tanto el desarrollo del presente y del futuro en el adolescente no está limitado a su pasado.

En la psicología contemporánea hay una creciente conciencia de que el ciclo de vida no implica un proceso lineal que determina una sola vía en el desarrollo para cada individuo, sino que esto implica un gran número de vías que son altamente individualizadas y diferenciadas, que dependen de una compleja interacción a través del tiempo entre el adolescente y su contexto. Por una parte los individuos afectan continuamente su mundo interno y lo que les rodea gracias a sus propias y únicas capacidades cognitivas las cuales dependen de los cambios entre su proceso de maduración biológica y las experiencias que los conducen a través de la vida.

Por otra parte, los individuos son influenciados por su ambiente o contextos constituidos por una pluralidad de factores tanto físicos, históricos y culturales que constantemente modifican e interpretan. Desde esta visión sistémica las trayectorias del desarrollo no tienen una regularidad y no pueden ser previstos de manera determinista (Bonino, 2005); esto es porque los hechos dependen de las condiciones del sistema, influencias mínimas pueden producir en el tiempo mayores efectos o por el contrario mayores influencias puede tener menores efectos (Bonino, 2005).

De acuerdo con el modelo de ciclo de vida los cambios relacionados con la edad, las circunstancias históricas y culturales y los eventos únicos en la vida influyen en el desarrollo de las personas. Las condiciones genéticas y biológicas interactúan con este ambiente y las experiencias sociales para influir en la forma del desarrollo del adolescente, por lo tanto la maduración del sistema biológico del adolescente se hace de manera simultánea con el desarrollo de sus conductas y habilidades a través del tiempo, estos procesos son interdependientes, por ejemplo en la adolescencia hay muchos cambios que afectan las decisiones acerca de las metas educativas, ya sea por el tipo de personalidad, la presión de amigos y pares, éxito en la escuela, las demandas sociales, hormonas, expectativas de los padres, etc., todo esto influye en la toma de decisiones. Entonces, podemos pensar que el ciclo de vida es como una trayectoria o un camino (Biglan y cols., 2004).

3.2 Tareas del desarrollo en la adolescencia

Así como sucede en todas las etapas de la vida, la adolescencia conlleva algunas tareas claves que aprovechan un desarrollo exitoso de fases anteriores. Puesto que la adolescencia es el período de transición entre la niñez y la edad adulta, todas las tareas de ese período han de estar dirigidas a completar tal transición.

En el resumen que hace Martha R. Burt de la conferencia “Salud Integral de los Adolescentes y Jóvenes de América Latina y el Caribe” (1998) hace una lista de tareas a las cuales están sujetos los adolescentes de estos tiempos:

- ✓ Establecer una identidad
- ✓ Forjar lazos interpersonales fuera de la familia
- ✓ Formar pareja
- ✓ Aprender a controlar de manera responsable la sexualidad en desarrollo
- ✓ Promover adecuadamente la capacidad de viabilidad económica a través de la educación, las actitudes y los hábitos

Las tareas o hitos cambian dependiendo del contexto histórico o social que se vive, los valores familiares y escolares han cambiado, por ejemplo antes se veía que una

de las tareas principales era que los jóvenes se preparan para casarse y llevar una vida en matrimonio, adquirir un rol masculino o femenino en su sociedad, estos ejemplos caracterizaban las tareas o hitos a cumplir para los adolescentes de clase media en los años cincuenta. Actualmente existen requisitos adicionales que la sociedad impone a los adolescentes estos se caracterizan por ser más complejos y no tan claramente definidos, por ejemplo existen una ambigüedad de las metas profesionales y personales que hoy imperan en una sociedad llena de valores contrastantes y en donde los perfiles profesionales cambian rápidamente.

Aunque existen tareas que pueden depender del contexto histórico-cultural, existen otras tareas las cuales pueden enunciarse como universales, como sería el caso de la búsqueda o construcción de la identidad en la cual el adolescente puede ganar su autonomía pero también conlleva el tener responsabilidades. Ahora bien aunque es necesario que el adolescente se enfrente a estas tareas, deben hacerlo en forma gradual o secuencial y no resolverlo de manera simultánea. Si un adolescente enfrenta diferentes conflictos al mismo tiempo es un importante factor que lo pone en riesgo, no es lo mismo que un adolescente explore poco a poco la vida fuera de casa, que por cuestiones donde alguno de los padres (que generalmente son el sostén de la familia) muera, tenga que enfrentarse de lleno a la vida laboral y por lo tanto limite su posibilidad de llevar un desarrollo pleno.

El término de tareas del desarrollo permite identificar las expectativas que la sociedad, en este caso, tiene hacia los adolescentes. Dichas expectativas forman un punto de referencia para el desarrollo de los objetivos individuales en los adolescentes. Cabe mencionar que, aunque un adolescente o varios tengan conductas similares, la motivación y objetivos de esta sean diferentes, de manera contraria conductas que aparentemente sean diferentes en los adolescentes, tengan los mismos objetivos, por ejemplo, la búsqueda o reafirmación de la identidad puede ser buscada ya sea que el joven se involucre en el uso de sustancias psicoactivas o por el contrario obtengan esta reafirmación a través de conductas prosociales.

3.3 Teorías de la adolescencia

En la antigua Grecia, tanto Platón como Aristóteles hicieron comentarios sobre la naturaleza de la adolescencia y la juventud. Según Platón (siglo IV a. C) Aristóteles (siglo IV a. C.) argumentó que el aspecto más importante de la adolescencia es la capacidad de elección y que esta autodeterminación se convierte en un sello distintivo de la madurez

En la Edad Media los niños y los adolescentes eran considerados adultos en miniatura y tratados con una disciplina cruel. En el siglo XVIII, Rousseau restableció la creencia de que ser un niño o un adolescente no es lo mismo que ser un adulto. Al igual que Platón, Rousseau creía que el razonamiento se desarrolla durante la adolescencia, creía que entre los 12 y 15 años se madura emocionalmente

Los principales exponentes de las teorías de la adolescencia del siglo XX incluyen a:

G. Stanley Hall quien creía que el desarrollo está controlado por factores fisiológicos genéticamente determinados y que el ambiente desempeña un papel mínimo en el desarrollo, sobre todo durante los primeros años de vida. La antropóloga Margaret Mead (1928) concluyó que la naturaleza básica de la adolescencia no era biológica, sino más bien sociocultural, creía que las culturas que permiten que los adolescentes presencien cómo nacen los bebés, vean a la muerte como algo natural, realicen tareas importantes, participen en juegos sexuales y sepan claramente en qué consistirá su rol como adultos, fomentan una adolescencia relativamente exenta de estrés (Lapsley, 1985).

Por otra parte Erikson (1968) decía que la tarea principal de la adolescencia es resolver la “crisis” de la identidad frente a conflicto de identidad, para lograr convertirse en un adulto único. Esta “crisis de identidad” rara vez se resuelve por completo en la adolescencia; por lo tanto, a lo largo de la vida surgen una y otra vez problemas concernientes a la identidad.

De acuerdo con Erikson los adolescentes no forman su identidad tomando a otra gente como modelo, como hacen los niños menores, sino que modifican y sintetizan

identificaciones anteriores en una nueva estructura psicológica (Kroger, 1993). Para formar una identidad los adolescentes deben establecer y organizar sus habilidades, necesidades, intereses y deseos de forma que puedan ser expresados.

La etapa de la adolescencia explicada desde la teoría Piagetiana es en el estadio que las operaciones formales de desarrollo intelectual del adolescente, que se empiezan a adquirir a los 11-12 años aproximadamente, y se consolidaban hacia los 14-15 años (Owens, 1996).

3.4 La concepción de la adolescencia en el siglo XX. Una visión positiva.

Se ha abusado mucho del estereotipo de la adolescencia (Howe y Strauss, 2000; Stepp, 2000). En un estudio transcultural de Offer y cols., (1988) analizaron la propia imagen que los adolescentes tienen de sí mismos, y se constató que por lo menos el 73% de ellos tenían una imagen positiva de sí mismos, con confianza en sí mismos y optimismo sobre el futuro. Aunque había diferencias entre ellos, estaban contentos la mayor parte del tiempo, disfrutaban de la vida, y se experimentaban como capaces de ejercer autocontrol, expresaban seguridad en su identidad sexual, tenían sentimientos positivos hacia sus familias (lo que no concuerda demasiado con la imagen de la adolescencia como una etapa de estrés y tempestad).

Lamentablemente, la adolescencia se ha percibido durante la mayor parte del siglo XX como una etapa problemática del ciclo vital de los jóvenes. Pero, la gran mayoría de los adolescentes no se sienten tan alterados ni tienen tantos problemas como sugiere el estereotipo popular.

Muchos adultos (Santrock, 2004) perciben a los adolescentes de hoy en día (2008) como más problemáticos, menos respetuosos, más egocéntricos, más asertivos y más aventureros de lo que fueron ellos en su juventud. Sin embargo, los jóvenes de cada generación siempre han parecido radicales, desconcertantes y diferentes a los adultos, en lo que se refiere al aspecto, el comportamiento, gustos musicales, el corte de pelo y el vestuario. El hecho de revelarse y de poner a prueba los límites,

son formas consagradas de avanzar hacia la aceptación, en vez de hacia el rechazo, de los valores paternos.

En esta revisión se ha descrito algunas de las teorías más importantes de la adolescencia a lo largo de la historia y se muestra cómo se ha modificado la expectativa de los adolescentes desde la época de los griegos hasta los autores contemporáneos. Se puede observar que, lo que se había considerado como una etapa de “tempestad” a principios de siglo, ahora es considerado como un período más en el transcurso de la vida entre la niñez y adultez, donde existe una ardua búsqueda por gustos, identidad, pares, pareja, etc.

A continuación se mencionan y describen brevemente, dentro de este mismo capítulo los períodos evolutivos por los que atraviesa la etapa adolescente.

1.3.4 *Periodos evolutivos*

Infancia. Comprende el período prenatal, la primera infancia, la etapa preescolar y la etapa escolar.

Adolescencia. Cuando un individuo llega a la adolescencia, ya se ha producido en él un desarrollo considerable y ha acumulado muchas experiencias. La combinación de un antecedente genético, las experiencias acumuladas durante la infancia y las experiencias adolescentes son las que determinan el curso del desarrollo de los chicos.

Los cambios biológicos, cognitivos y socioemocionales de la adolescencia van desde el desarrollo de las funciones sexuales hasta el pensamiento abstracto y la conquista de la independencia (Santrock, 2004).

La adolescencia temprana corresponde con los años de escuela secundaria obligatoria e incluye la mayoría de los cambios asociados a la pubertad. La adolescencia tardía aparece en la segunda mitad de la segunda década de la vida; aquí aparecen los intereses profesionales, las primeras citas románticas y la exploración de la identidad.

Hoy en día, los especialistas en desarrollo no consideran que el cambio acabe con la adolescencia. El desarrollo se define como un proceso que dura toda la vida. La adolescencia forma parte del ciclo vital, y no debe considerarse como un periodo aislado. Aunque es cierto que la adolescencia tiene algunas características únicas.

2.3.4 Transiciones evolutivas

Esta transición implica una serie de cambios de todo tipo. Durante la adolescencia temprana se produce una serie de cambios en el cerebro que permiten pensar de forma más compleja. Se producen cambios en las pautas de sueño, el incremento del pensamiento abstracto, idealista y lógico. Los adolescentes empiezan a pensar de una forma más egocéntrica, así mismo adquieren mayores responsabilidades en la toma de decisiones.

Entre los cambios socioemocionales existe un mayor deseo de independencia, el incremento de los conflictos con los padres y una mayor motivación por pasar tiempo con otros chicos de la misma edad. Las conversaciones con los amigos se vuelven más íntimas. El rendimiento escolar se convierte en algo más serio y aumentan los problemas académicos. Los cambios en la maduración sexual se asocian a un mayor interés por las citas y relaciones de pareja. Los adolescentes también presentan más cambios anímicos que los niños.

Para completar eficazmente esta transición se requiere capacidad de adaptación y el apoyo atento y sensible de los padres.

3.3.4 Punto de vista Cronológico

Desde el punto de vista cronológico, la adolescencia temprana, se extiende desde los 8 y 9 años hasta los 15 años, aproximadamente, y comprende las siguientes subetapas:

- ✓ Prepubertad: 8 a 10 años
- ✓ Pubertad: 10 a 14 años
- ✓ Adolescencia temprana propiamente dicha: 13 a 15 años

3.5 El detonante de la pubertad desde el punto de vista fisiológico.

Los procesos que intervienen en la maduración anatómica y fisiológica relacionados con la pubertad se inician aparentemente en la hipófisis anterior. Es probable que factores genéticos hereditarios tengan un importante papel en la determinación del comienzo de la actividad hipofisaria, aunque los factores ambientales, sobre todo la nutrición y el estado de salud, también son fuertes condicionantes de todo el proceso de crecimiento y, sobre todo de la pubertad. Así, la herencia determina lo que podemos llegar a ser y el medio lo que somos (Aguirre, 1996).

Muy independiente de la edad de inicio de la pubertad, esta puede adelantarse o retrasarse por la influencia de diversas variables: desde el ámbito socio-cultural, la herencia, la salud, la nutrición, hasta la conformación corporal.

Las transformaciones físicas de la pubertad van desde:

- ✓ Aumento del tamaño corporal
- ✓ Desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias

Después de haber revisado de manera breve las teorías de la adolescencia y sus cambios fisiológicos más importantes se dará lugar a mencionar los factores protectores, de riesgo y una revisión de resiliencia, los cuales son factores muy importantes del desarrollo adolescente. Estos temas darán lugar a la parte teórica de esta tesis y del taller que se llevó a cabo con los adolescentes.

4 FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCION

El mundo actual ofrece a los adolescentes posibilidades y perspectivas que otras épocas no había: mayor esperanza de vida; accesibilidad a muchas partes del mundo a través de la televisión, satélites y viajes. Sin embargo, La modernización ha traído una débil y frecuentemente contradictoria estructuración de la programación ofrecida a este período de crecimiento. En este contexto, lo cotidiano se constituye en un reto y a la vez en una incertidumbre en medio de la cual los y las jóvenes elaboran su identidad (Krauskopf, 1995).

El ambiente ofrece al adolescente retos y satisfactores, ahora y antes. La pregunta es cómo se les enfrenta y qué consecuencias tienen esos riesgos y satisfactores.

Los adolescentes no son un grupo homogéneo, la mayoría recorren eficazmente el largo camino hacia la madurez, y otros no lo consiguen; diferencias socioeconómicas, étnicas, culturales, de género, edad y de estilo de vida influyen sobre la trayectoria evolutiva de los adolescentes.

El desarrollo de todo adolescente ocurre sobre un telón de fondo cultural en el que están implicados múltiples contextos (McLoyd, 1998, 2000). Estos incluyen a las familias, otros chicos de su edad, las escuelas, los vecindarios, etc., cada uno de estos, lleno de significados.

Muchos autores argumentan que la política social de los países occidentales debería poner mayor énfasis en mejorar los contextos donde se desarrollan los adolescentes.

Marian Wright Edelman (1997), Presidenta del Children Defense Fund, afirma que educar y cuidar a la próxima generación de niños y adolescentes es la función más importante de una sociedad y que nos tenemos que tomar esta tarea más en serio que en el pasado. Así mismo, menciona que necesitamos un mejor sistema de asistencia sanitaria para las familias, más escuelas, y colonias seguras, una mejor educación para los padres y mejores programas de apoyo a la familia.

Red Larson (2000), señaló que los adolescentes necesitan más oportunidades para desarrollar la capacidad de iniciativa. Esto implica ser capaz de automotivarse y esforzarse para alcanzar metas desafiantes. Las actividades estructuradas como el deporte, el arte y la participación en organizaciones son contextos importantes para contrarrestar este aburrimiento y ayudar a los adolescentes a desarrollar más su iniciativa.

Para alcanzar estas metas, las teorías sobre el desarrollo humano y las conductas del adolescente establecen qué habilidades específicas como las habilidades sociales, son componentes esenciales de un desarrollo saludable, y son habilidades que definen a un niño de carácter fuerte. A través de la investigación también se ha encontrado que estas habilidades particulares son mediadores de conducta en la adolescencia. Los resultados de la evaluación de programas muestran que el desarrollo de las habilidades para la vida puede retrasar el inicio del uso de drogas, prevenir conductas sexuales de alto riesgo, enseñar a controlar la ira, mejorar el desempeño académico y promover el ajuste social positivo. (Mangrulkar, Vince Whitman, & Posner, 2001).

4.1 La naturaleza del desarrollo y la importancia de los procesos

Los procesos biológicos implican cambios físicos en el cuerpo de un individuo. Los genes heredados de los padres, el desarrollo del cerebro, el aumento de peso y estatura, las habilidades motoras y los cambios hormonales de la pubertad, todos ellos reflejan el papel que desempeñan los procesos biológicos en el desarrollo adolescente.

Los procesos cognitivos implican cambios en el pensamiento y la inteligencia de un individuo. Memorizar un poema, resolver un problema de matemáticas, etc., reflejan el papel que desempeñan los procesos cognitivos en el desarrollo adolescente.

Los procesos socioemocionales implican cambios en las relaciones de un individuo con otras personas, las emociones, la personalidad y el papel que desempeñan los contextos sociales en el desarrollo.

Así, la importancia de estos procesos radica en que están entrelazados de forma compleja y es necesario saber cómo interactúan cada uno ya que los procesos socioemocionales moldean los procesos cognitivos, los procesos cognitivos estimulan o restringen los procesos socioemocionales, y los procesos biológicos influyen sobre los procesos cognitivos y socioemocionales.

4.2 La importancia de los contextos. El enfoque ecológico de Bronfenbrenner (1979)

Bronfenbrenner es un psicólogo evolutivo norteamericano cuya propuesta ecológica para la psicología evolutiva dio lugar a la hoy conocida Teoría Ecológica de Sistemas, que se formuló por primera vez en 1979 en el libro “La ecología del desarrollo humano: experimentos en entornos naturales y diseñados”.

El modelo Ecológico del desarrollo social (Bronfenbrenner y Morris 1998 en Pharoah, 2004) es similar al modelo ecológico ambiental, este sirve como un punto de referencia básico para entender la organización de los individuos y su interacción.

El concepto ambiente de Bronfenbrenner no depende de su descripción o propiedades físicas, sino que lo fundamental es el significado que adquieren dichas propiedades para las personas que habitan en él. Bronfenbrenner considera también aquellos entornos en los que no figura la persona en desarrollo pero que, de forma indirecta, le afectan significativamente. Así, por ejemplo, en los entornos de trabajo del padre o la madre se generan estados de ánimo en padres/madres que influyen a su vez en la actitud con la que estos afrontan diariamente la relación con sus hijos.

Un aspecto importante es la transición ecológica la cual se refiere al desarrollo de la persona que tiene una participación activa y que experimenta cambios: de entorno, de rol, de estatus social.

4.3 Niveles del ambiente ecológico

El modelo de Bronfrenbrenner postula la existencia de cinco sistemas ambientales, que van desde la interacción directa con los agentes sociales de menor alcance, hasta el flujo de la cultura de mayor alcance. Este modelo ayuda a comprender las influencias, no sólo de la familia en la conducta adolescente, sino también las influencias sociales, las cuales son agrupadas en sistemas, dentro de los cuales el adolescente es el centro.

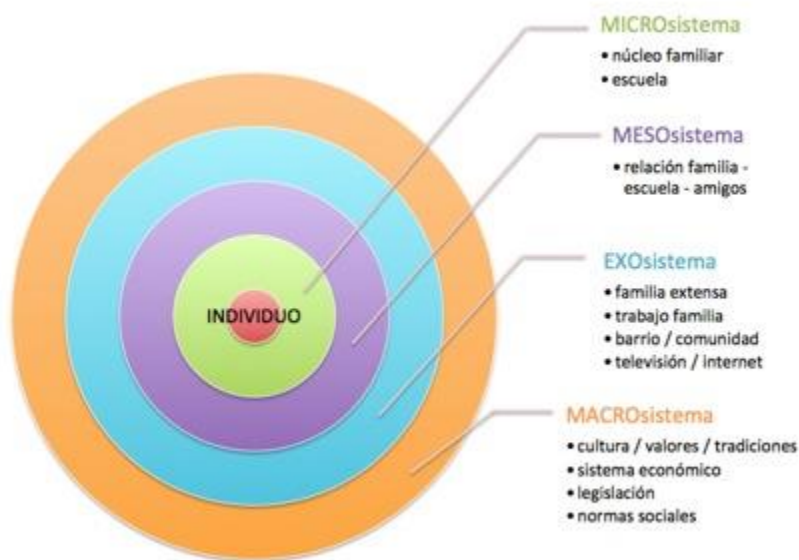


Figura 4. El modelo ecológico de Bronfrenbrenner

El ontosistema. Son las características internas que incluyen características de personalidad, biológicas e intelectuales.

El microsistema. Se refiere a las influencias más inmediatas como son: La familia, los amigos y la escuela. Otros, poco menos influyentes son: Servicios de salud, grupos religiosos, áreas de recreación y otros grupos sociales a los que pertenezca el adolescente. En este nivel es donde tienen lugar la mayoría de las interacciones directas con los agentes sociales (Santrock, 2004). El individuo no se ve como receptor pasivo de experiencias dentro de cada contexto, sino como alguien que ayuda a construir los entornos en donde vive. Cada microsistema se distingue por tres actividades principalmente: a) por las actividades que realizan las personas en

él implicado, b) las relaciones que mantienen dichas personas entre sí y c) los roles o funciones sociales que se ponen en juego (Clemente & Hernández, 1996).

Mesosistema. Se refiere a las relaciones existentes entre distintos microsistemas, o conexiones entre contextos como la relación entre las experiencias familiares y la escuela, entre las experiencias escolares y laborales. Por ejemplo en el caso de los adolescentes rechazados por sus padres pueden tener dificultades para desarrollar relaciones positivas con sus profesores. Para Bronfenbrenner, el potencial evolutivo de un mesosistema aumenta proporcionalmente al grado de vinculación positiva entre los entornos que lo integran (Clemente & Hernández, 1996).

El exosistema. Es aquel conformado por aquellos entornos que “no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo o que se ven afectados por lo que ocurre en ese entorno” (Bronfenbrenner, 2002). En los adolescentes podríamos decir que son aquellos contextos en los que no participan activamente, pero influyen en él, por ejemplo tenemos el lugar de trabajo de los padres, el grupo de amigos de la familia y la asociación de padres del centro al que asiste. Así, por ejemplo, en los entornos de trabajo del padre o la madre se generan estados de ánimo en padres madres que influyen a su vez en la actitud con la que estos afrontan diariamente la relación con sus hijos.

El macrosistema. Las ideologías, las actitudes, la moralidad, las costumbres, las leyes, todo lo que respecta a una cultura es lo que determina este sistema, ya que dice quién es un adulto y quién un adolescente y sus funciones dentro de determinada sociedad. No constituye un contexto específico, sino más bien un entorno global que explica la homogeneidad y las correspondencias entre los niveles de ambiente ecológico precedentes.

En el caso del desarrollo de los adolescentes puede estar influenciado en diferentes formas. Es posible agrupar los principales factores que influyen en el desarrollo de los niños y adolescentes en cuatro grupos (Pharoah, 2004).

- ✓ Factores individuales, los cuales incluyen a su vez características de personalidad, biológicas e intelectuales.
- ✓ Factores relacionados con procesos, incluyen formas de interacción entre los individuos (relaciones de apoyo, destructivas, informativas, basadas en el poder e incluyentes)
- ✓ Factores relacionados con el contexto, que incluyen a la familia, la comunidad, la cultura y las ideologías.
- ✓ Factores temporales, se refiere a los cambios que ocurren en un determinado tiempo, ya que como sabemos tanto el contexto y la propia maduración del individuo son objetos de transición.

Todos los individuos incluyendo al adolescente este siempre actuando dentro de un contexto característico y definido. Por una parte hay un contexto ambiental inmerso tanto de recursos como de limitaciones, este puede estar definido como el ambiente inmediato en el cual el individuo está en contacto directo: la familia, los amigos, la escuela y el vecindario son algunos ejemplos de estos ambientes inmediatos “microsistemas” como son denominados estos ambientes, donde cada uno de nosotros está inmerso y juega un rol diferente. Por otra parte, existe el individuo el cual posee su propio ambiente que está conformado por sus propias características físicas, su personalidad, su historia, sus posibilidades y limitaciones personales (Bonino, Cattelino, & Ciairano, 2005).

Algunos de los contextos importantes en la vida de los adolescentes son la familia, los compañeros, la escuela y la cultura (Eccles, 2002).

La familia influye considerablemente sobre el desarrollo de los adolescentes como el conflicto, el apego y el divorcio (Buchanan, 2000).

Los compañeros desempeñan un papel importante en la vida de un adolescente. El estatus dentro del grupo, por ejemplo estar aislado, ser rechazado o ser popular. Los amigos, las bandas, las citas y las relaciones de pareja (Brown, 2002).

La cultura en la que vive inmerso un adolescente es otro contexto importante en su desarrollo (Greenfield, 2000).

Cabe mencionar que, aunque es relevante tomar en cuenta la importante influencia de los diferentes contextos en el desarrollo del ser humano y en particular del adolescente, gracias a sus capacidades cognitivas los individuos constantemente evalúan sus propias experiencias, dan significado a su mundo circundante, hacen planes para el futuro y desarrollan la capacidad de autoreflexión. La adolescencia es precisamente esta etapa donde los jóvenes piensan de manera más abstracta y adquieren un pensamiento formal el cual permite todas estas funciones antes mencionadas. Los adolescentes tienen sus propias metas, objetivos, expresan determinados valores y convicciones para resolver problemas y construir su propia identidad en función de sus creencias y valores.

La importancia de contextualizar al adolescente nos permite visualizar aquellas escenarios en los cuales este se desarrolla, con quienes interactúa, en qué momento, lugar, las circunstancias históricas, culturales y además nos permite entender los retos que estos tiene que enfrentar, los posibles riesgos pero también aquellos factores o recursos protectores de los cuales puede echar mano para desenvolverse de manera sana.

4.4 Principales factores de riesgo y de protección

Dentro del contexto evolutivo, la adolescencia es considerada como un período de riesgo en el que suceden continuos cambios que traen consigo adaptaciones psicológicas consecuencia de un proceso de maduración no sólo fisiológico sino también personal y social. En esta etapa el adolescente consigue consolidarse en su individualidad adquiriendo y fortaleciendo las habilidades y repertorios conductuales que le colocan frente al mundo y los que lo rodean.

El concepto de riesgo en el período juvenil se ha destacado por la posibilidad de que las conductas o situaciones específicas conduzcan a daños en el desarrollo que pueden afectar tanto el conjunto de sus potencialidades como deteriorar su bienestar y salud. Actualmente, el enfoque de la atención a la salud juvenil, procura desde una perspectiva más integral y articulada reducir los factores de riesgo, incrementar los factores de protección y brindar oportunidades de reconstrucción y

avance de la situación. La conceptualización de la salud se refiere por lo tanto a una meta, a un proceso, no a un estado, particularmente en personas que se encuentran en un crítico período de crecimiento y no atravesando una mera transición de la niñez a la adultez (Krauskopf, 1995).

- ✓ Conductas de riesgo comunes en el adolescente:
- ✓ Consumo de alcohol
- ✓ Consumo de tabaco
- ✓ Consumo de drogas ilegales
- ✓ Malos hábitos alimenticios
- ✓ Pandillerismo
- ✓ Conductas sexuales riesgosas: sexo sin protección, ETS
- ✓ Abandono escolar
- ✓ Manejo del automóvil a alta velocidad

En el pasado estas conductas eran definidas como “conductas problema” actualmente en una perspectiva teórica más amplia son definidas como “conductas de riesgo” (Jessor, 1998).

Esta perspectiva está enfocada al bienestar físico, social y psicológico del adolescente y deja de lado las normas sociales como se hacía en el pasado. Este tipo de conductas son variables y en la literatura son estudiadas de manera individual y separada, sin embargo este tipo de conductas aunque se abordan de diferente forma, están vinculadas a ciertos problemas característicos en la adolescencia. Por lo tanto, debemos de tener una visión más amplia de las interacciones entre los diferentes tipos de conducta, los que estas tienen en común y que las causan, muchas de ellas no se presentan aisladamente sino que están asociadas en forma de un síndrome (Jessor, 1977). La amplia naturaleza de las conductas de riesgo en la sociedad occidental y el hecho de que muchas desaparecen en la adultez, es imposible interpretarlas en términos de la psicopatología del individuo, como se solía estudiar en el pasado.

Estas conductas no pueden ser explicadas como el resultado de una repetición mecánica de modelos ambientales dados por los pares, en las investigaciones en estos temas la elección con lo pares es más débil de lo que se piensa y que no necesariamente contrarresta la influencia de los padres, aunque la influencia de los pares es más fuerte cuando existen relaciones familiares conflictivas.

En resumen, estas acciones deben ser consideradas como recursos utilizados por numerosos adolescentes en un tiempo específico de sus vidas y en un contexto particular de crecimiento personal y de objetivos con un significado social. El modelo de desarrollo como acción en el contexto nos permite entender este tipo de conductas como autorreguladas y orientadas al alcance de objetivos significativos que competen al desarrollo individual.

Este enfoque explica que existen dos tipos de conductas de riesgo: Aquellas conductas abiertas o aquellas conductas manifiestas, como sería el caso de violencia o agresión física y aquellas conductas encubiertas o conductas interiorizadas como la timidez o la conducta retraída. Las aproximaciones teóricas para explicar unas u otras se han enfocado en dos vertientes, aquellas que se orientan en exponer la aparición de síndromes o problemas de conducta desde una perspectiva o teoría simplista que busca entender dichas conductas y sus factores desde un solo ángulo.

Esta aproximación o enfoque simplista sería posible en el caso de que un síndrome o conducta problema tuviera interconexión entre una serie de manifestaciones que fueran similares. Sin embargo, cuando las interconexiones entre las manifestaciones fueran diferentes entonces podríamos decir que se requiere de una teoría que explique la complejidad de las conductas que subyacen a un síndrome conductual y cómo interactúan sus factores de riesgo. Incluso en el campo de los problemas de externalización o interiorización que podría pensarse que inciden los mismos factores, existen diferencias factoriales que los determinan, aunque pertenezcan a un mismo nivel de conducta.

Otras investigaciones han estudiado las diferencias entre las conductas abiertas o manifiestas y problemas de agresión así como conductas encubiertas (timidez, retraimiento, síntomas depresivos). En resumen, distintas pero interrelacionadas clasificaciones de los problemas de conducta en la niñez han surgido de los estudios de la psiquiatría y psicología.

Una teoría simple de los problemas de conducta no se enfoca directamente en responder qué conductas problemáticas son aquellas que son intercambiables o cuáles son simétricas y cuáles no. Se dice que una conducta es simétrica si la relación de que una se inicie da lugar a otra y en sentido inverso, por ejemplo, la hiperactividad y el déficit de atención están asociados con el inicio de conductas delictivas, sin embargo en el sentido inverso una conducta delictiva no necesariamente se asocia con el inicio de la hiperactividad o déficit de atención. Por lo tanto diversos problemas de conducta no son equivalentes o intercambiables y su interacción puede ser asimétrica.

4.5 Diferencia entre mecanismos y factores de riesgo.

El concepto de factor de riesgo implica la existencia de una mayor probabilidad de observar una determinada consecuencia en un grupo expuesto a un factor determinado. En un sentido epidemiológico estricto, este factor debe de presentarse previamente e independiente a la consecuencia analizada. Sin embargo, a pesar de esta cuestión de temporalidad establecida, el factor de riesgo no implica causalidad, sino una relación estadística de probabilidad entre dos variables. Rutter (1994) señala a esta relación probabilística como indicador o marcador de riesgo. Cuando la relación no es sólo de relación probabilística, sino que permite entender el proceso por el cual el factor considerado influye en el resultado, se trataría de un mecanismo de riesgo (Cova, 2004).

4.6 Riesgo y prevención

Los adolescentes actúan dentro de un cierto contexto no de manera casual sino que actúan de manera que puedan alcanzar sus objetivos personales relacionados con sus tareas del desarrollo en una cierta cultura. Por lo tanto, sus procesos de evaluación cognitiva están mediados por un sistema simbólico o proporcionados por la cultura que juegan un papel central, de hecho son las representaciones del individuo las que guían sus acciones y les dan significado tanto a sus experiencias emocionales como a las afectivas, por ejemplo un acontecimiento biológico tal como la maduración sexual, puede tomar varios significados para los adolescentes dependiendo tanto de su pasado como su presente así como de valores particulares y expectativas de su contexto cultural. Visto de manera negativa son interpretados como una condición que los expone a riesgos como el embarazo o conductas sexuales no deseadas.

Los conceptos factor de riesgo, factor de protección y prevención están estrechamente relacionados. Se podría decir que el segundo da sentido a los primeros. Un factor de riesgo es aquel que aumenta la probabilidad de que aparezca un trastorno. Un factor de protección es el que disminuye la probabilidad de que aparezca un trastorno o de que se dé un resultado negativo ante una determinada adversidad (Rutter, 1985 citado en Ezpeleta, 2005). Los factores de protección son característicos del individuo, como la buena autoestima, la buena relación o comunicación familiar que ayudan a amortiguar los efectos de la adversidad. Así la intervención preventiva puede ir dirigida a eliminar los factores de riesgo o impedir sus efectos, a potenciar los factores de protección o a ambos.

Es frecuente encontrar factores de riesgo encadenados, es sabido que la exposición a diferentes factores de riesgo tiene un efecto acumulativo (Sameroff, Seifer y Bartko, 1997, citado en Ezpeleta, 2005). En estas cadenas las predicciones son más certeras cuando se realizan a partir de factores de riesgo próximos frente a otros que pueden ser más distantes. Ejemplo:

- ✓ Ser pobre
- ✓ Poca educación
- ✓ Pocas oportunidades de empleo
- ✓ Abuso de sustancias
- ✓ Conducta antisocial
- ✓ Problemas con la justicia
- ✓ Encarcelamiento
- ✓ SIDA

Los factores de riesgo seleccionados para una intervención preventiva deben ser causales, es decir, deben estar presentes antes de que empiece el trastorno y aumentar la probabilidad de que este aparezca en los sujetos expuestos frente a los que no lo están (Orfford y Bennett, 2002).

Hay que remarcar la importancia de las intervenciones tempranas. La intervención es más eficaz cuando el factor de riesgo aún no se ha afianzado y es más fácil modificar la situación (Coie y cols., 1993).

4.7 El papel del conocimiento del riesgo de ciertas conductas

Respecto al conocimiento de los riesgos que implican ciertas conductas, es un factor protector importante, sin embargo, cabe aclarar que el simple conocimiento no le da su valor protector (Bonino, 2005), si no que aspectos, refiriéndonos a los daños que producen las conductas de riesgos son aquellos que influyen más, en esta caso, en los adolescentes para que éstos consideren que dichas conductas son perjudiciales.

En un principio (Bonino, 2005) la perspectiva médica tenía la convicción que el simple hecho de concientizar a las personas sobre los riesgos de ciertas conductas era más que suficiente para prevenirlas, pero en la realidad, no ha tenido la eficacia esperada en el campo de la prevención, ya que la acción del humano no se basa

solamente en las evaluaciones cognitivas si no que están estrechamente vinculados con factores sociales, emocionales y afectivos.

A todas estas explicaciones lo crucial es saber qué conocimiento es útil para prevenir una conducta de riesgo. En el caso del uso y abuso de sustancias psicoactivas, la investigación conduce a que no todo el conocimiento tiene el mismo efecto protector en los adolescentes, por ejemplo, las consecuencias médicas de su uso y abuso, aun cuando se explique qué éstas pueden ser mortales o pueden dejar secuelas graves, no se observan en un corto plazo por lo que no es un apropiado elemento disuasivo para el adolescente. Sin embargo, cuando el conocimiento de las consecuencias negativas del uso y abuso de sustancias está relacionado a las repercusiones negativas que se tienen en un corto plazo o los efectos más inmediatos, tiene un mayor efecto protector para los adolescentes.

Para ser más específicos nos referimos a que si hablamos del aspecto psicológico de las implicaciones o inconvenientes estéticos del consumo de una droga es ahí donde los adolescentes toman mayor interés, el hablar del color amarillento de los dientes y uñas así como el mal aliento que se tiene por fumar o si hablamos del mal aliento o el simple olor que destilamos cuando se ingiere mucho alcohol, resultan más impactantes que si hablamos simplemente de las consecuencias médicas, como un cáncer de pulmón o una cirrosis.

Por otra parte otro factor protector importante es el saber las consecuencias que estos tienen sobre su propia identidad, independencia y vida presente, por ejemplo, el saber que una droga puede afectar su sistema nervioso central es importante, pero el matiz que hay que darle a esta perspectiva es la amenaza que representa el depender de una sustancia, no sólo por las implicaciones médicas sino porque coartan su libertad de elección. Además los daños en el cerebro disminuyen sus capacidades cognitivas lo que también se traduce como una amenaza a su propia identidad (Bonino, Cattelino, & Ciairano, 2005).

Finalmente lo que estos estudios nos han aportado es otra visión sobre la conciencia del daño, el cual no se centra solamente en lo físico, ya que en el caso

de los adolescentes es más relevante aquello que pone en riesgo su apariencia, su vida actual, sus relaciones sociales y su independencia.

4.8 Modelos explicativos del riesgo y la protección

1.4.8 La perspectiva clínico-epidemiológica

Cuando se habla de riesgo, nos referimos a cierto tipo de conductas o comportamientos humanos que cuentan con una gran probabilidad de provocar consecuencias negativas en lo referido a cuestiones de salud (Irving 1990, citado en Casullo).

¿Cuándo un adolescente está en riesgo? Un riesgo alude a las posibilidades de:

Contagiarse o contraer enfermedades que pueden provocar serios daños psicológicos, físicos, sociales o bien, problemas de tipo jurídico

Manifestar de manera habitual comportamientos individuales o en grupo que pongan en juego la seguridad social, que amenacen la vida “de los otros”

2.4.8 La perspectiva psicológica

Para Jessor (1991), los “comportamientos de riesgo” desempeñan un papel importante en el tránsito de la adolescencia a la adultez, en la medida en que pueden ser funcionales para:

- ✓ Lograr autonomía, dejar de depender en especial de los padres
- ✓ Permitir cuestionar normas y valores
- ✓ Aprender a afrontar situaciones de ansiedad y frustración
- ✓ Anticipar experiencias de fracasos
- ✓ Lograr la estructuración del self
- ✓ Afirmar y consolidar el proceso de maduración
- ✓ Las teorías de orientación cognitiva

Se analiza principalmente las maneras en las que los sujetos perciben las situaciones de riesgo. Los adolescentes desde su egocentrismo construyen “fábulas

personales” en las que no se autoperciben como expuestos a ningún riesgo en particular (Elkind, 1967).

Así los adolescentes tienen menos experiencias de vida, pueden estar más presionados por sus pares y suelen comportarse de manera más sesgada (Keating, 1990).

Muchos autores verifican que entre los 14 y 16 años se actúa más en términos de consecuencias próximas o inmediatas que distantes o mediatas

3.4.8 Los modelos socioculturales

Los modelos parentales desempeñan un papel muy importante por sus efectos modeladores y mediadores en la construcción de la identidad. Las investigaciones muestran que por ejemplo, cuando los padres tienen actitudes permisivas hacia el consumo de drogas, los hijos se inician más tempranamente en él.

Los adolescentes tienen menores probabilidades de consumir drogas o de tener una iniciación sexual muy temprana si cuentan con apoyo afectivo y se sienten aceptados en sus núcleos familiares.

Otros tantos numerosos estudios muestran el efecto enorme que tiene “el grupo de pares o amigos” sobre los denominados “factores de riesgo”. Los adolescentes tenderán a comportarse de la manera requerida por los líderes de su grupo de pares.

Es importante destacar el peso de los modelos que ofrecen los medios de comunicación a nivel masivo, especialmente la televisión. Gran parte de lo que se transmite en tv en horarios aptos para todo el público exaltan frecuentemente la violencia, el consumo de alcohol, el éxito asociado a conductas sexuales variadas.

Los adolescentes son en sí mismos, sistemas complejos integrados por diversos subsistemas: biológico, psicológico, cultural y social (Casullo, 1998).

4.9 ¿Qué función tienen las conductas de riesgo?

De esta manera llega a ser evidente que las acciones de los adolescentes, sean estas peligrosas o saludables, tiene una función específica la cual les sirve a los adolescentes alcanzar objetivos personales y socialmente significativos durante su transición. Muchos tipos de conductas diferentes tanto riesgosas como saludables de hecho pueden realizarse para alcanzar objetivos similares y que aparentemente son “funcionales” de manera equivalente, por ejemplo la meta de alcanzar la autonomía para sentirse adulto a través de alguna conducta riesgosa como fumar cigarrillos, consumir sustancias adictivas o por el contrario, a través de una conducta competente como que el individuo logre participar en una comunidad (conductas prosociales).

La elección de uno u otro camino depende tanto de características personales como de lo que ofrece el contexto social. De manera inversa las conductas que pueden ser similares o idénticas pueden ser motivadas por objetivos diferentes, algunos adolescentes deciden tener relaciones sexuales para ser aceptados por sus pares o para mostrarse como personas adultas. El significado personal atribuido a la conducta si depende del género, por ejemplo en las conductas alimenticias. Una particular conducta de riesgo puede reflejar un intento de abordar diferentes tareas del desarrollo y por lo tanto ser “multifuncionales”. Dentro de la variedad de las conductas de riesgo caen dentro de dos principales, aquellas relacionadas con la formación de la identidad y aquellas donde se tiene una participación social.

La construcción de la identidad, es una de las tareas fundamentales del desarrollo las cuales pueden ser alcanzadas a través de tareas diferentes pero específicas que se basan en el contexto cultural. Las personas construyen su identidad a través de la interacción social, la cual comienza con el cuerpo físico, el cual tanto el individuo como los otros le asignan una identidad. La identidad se construye a través de la redefinición y creación de nuevas relaciones con los adultos o con los pares.

Las funciones de los diferentes tipos de conductas están estrechamente relacionadas con precisión porque ellas están dirigidas a la construcción de una identidad autónoma adulta.

Como antes se había mencionado, tanto las conductas de riesgo como las conductas saludables pueden tener las mismas funciones en el proceso de construcción de la identidad. El grado o falta de implicación en diferentes tipos de conductas de riesgo se determinan en el hecho de que algunos adolescentes eligen una conducta no riesgosa para alcanzar sus objetivos y para otros las tareas del desarrollo características en esta edad son el resultado de una conducta que podría implicar grados de riesgo. Estas diferentes orientaciones de involucrarse o no en una conducta riesgosa están relacionadas con las diferencias que existen en el desarrollo individual, las capacidades y la variedad de oportunidades que ofrece el contexto social.

La acción de un individuo puede reducir o aumentar sus recursos sociales, por ejemplo el uso de sustancias psicoactivas pueden disminuir su capacidad cognitiva además de limitar su participación en grupos que lleven a cabo una amplia gama de actividades. El promover que los adolescentes se involucren en actividades sanas y productivas que les permitan cumplir con sus tareas del desarrollo, es el fundamento de las estrategias a seguir para prevenir las conductas de riesgo.

4.10 Factores de riesgo y protección en la adolescencia

1.4.10 Factores de riesgo contextuales

El contexto escolar es un entorno crucial en la infancia por la cantidad de tiempo que los alumnos pasan en él, y por el amplio abanico de experiencias sociales, emocionales y cognitivas que esta ofrece. Por mencionar un ejemplo, los niños españoles pasan obligatoriamente más de 9,000 horas (el equivalente a 375 días) entre los 6 y los 16 años en la escuela. Y es precisamente en la escuela donde muchos chicos experimentan por primera vez una gran cantidad de situaciones que son nuevas para ellos.

En México, los diferentes niveles de gasto por alumno que existen entre cada escuela y entre los distritos escolares, la dedicación de los maestros y de los padres, hacen en muchos casos la diferencia entre los que van a ser algo socialmente el día de mañana y los que no van a ser nada. Algunos alumnos al empezar el curso escolar están condenados de antemano al fracaso social pues empiezan a formar parte de esas estadísticas aterradoras de desertores escolares. De antemano se sabe cuántos y quiénes terminaran la enseñanza obligatoria, entraran en la universidad y conseguirán un título universitario. Solamente el 1% de los que empiezan en la escuela pública.

Un número muy elevado de alumnos no terminan su ciclo educativo, y es entre los 16 y los 18 años donde se concentra la mayor parte de fracaso y absentismo escolar.

Según las estadísticas el 85% de los jóvenes llevados a los tribunales de justicia sufren o han sufrido retraso escolar. De ellos el 45% no realiza actividad alguna. También el 72% del desempleo de menores de 25 años está relacionado con el fracaso escolar (2007).

Las graves consecuencias que acarrearán y la importancia que tiene la infancia y la adolescencia para identificar factores de riesgo individuales y contextuales que permitan implementar programas de intervención preventivos, son razones que justifican los numerosos estudios de la última década en torno al tema. Por desgracia, aunque existe abundante investigación sobre factores de riesgo individuales y familiares, se conoce mucho menos acerca de los aspectos del ámbito escolar que pueden modular la aparición, mantenimiento y reducción de los trastornos infantiles y juveniles.

2.4.10 Dificultades de aprendizaje y rendimiento académico

El bienestar emocional y el autoconcepto son variables que la investigación ha asociado reiteradamente con el rendimiento académico. Pero además, se han encontrado una asociación duradera entre buenos resultados escolares y bienestar emocional, ya que ambas variables se influyen mutuamente.

Los alumnos con dificultades de aprendizaje y con bajo rendimiento escolar se ven expuestos continuamente en la escuela a situaciones como evaluaciones negativas, excesivo control o comparación con los compañeros: se sienten culpables de sus fallos y consideran que se debe a su propia incompetencia, mientras que atribuyen sus éxitos a factores externos fuera de su control como la facilidad de la tarea o la suerte (Bender, RosenKrans y Crane, 1994).

Por lo tanto, los malos resultados académicos pueden generar la ansiedad que estos alumnos experimentan, pero esta, a su vez, impide que el rendimiento académico mejore, por lo que se entra en círculos viciosos de interacción de variables, sin poder establecer de forma exacta los antecedentes y las consecuencias.

4.11 La familia como factor de riesgo

Estilos de crianza: El control parental continúa siendo un importante factor de riesgo o protección que se involucra en la conducta de los jóvenes. Las dos piezas fundamentales del estilo de crianza es la comunicación y el monitoreo u observación de las conductas de los hijos. Los jóvenes generalmente se involucran en actividades fuera de casa y conforme van madurando pasan más tiempo con personas de su misma edad. Las conductas riesgosas en los adolescentes inician en un escenario donde no existe el cuidado o monitoreo de un adulto. Las investigaciones (Duncan, Duncan y Hops 1999) indican que un bajo grado de monitoreo parental está relacionado con conductas perjudiciales en los adolescentes (abuso de sustancias psicoactivas, conducta antisocial, pandillerismo).

Existe una correspondencia muy grande entre la conducta de los padres y las expresiones antisociales en los hijos. Está comprobado que, la conducta antisocial en el hijo es apoyada por alguno de los padres aunque sea de modo inconsciente, esto se refiere a que los padres permitan los caprichos impulsivos de algún miembro de la familia. Es muy importante revisar los métodos educativos en el hogar, sobre todo el orden y la disciplina. Muy frecuentemente, las familias más rígidas y con

reglas irracionales y autoritarias, que no son discutibles o negocian con los hijos, tienden a tener hijos con mayores problemas de agresión y violencia.

Disciplina y estilo educativo familiar: La mayoría de los padres en las diferentes culturales están interesados en que sus hijos lleguen a ser adultos estables emocionalmente, responsables, con una vida familiar feliz y una integración laboral y social óptima. Sin embargo, en muchas ocasiones el comportamiento de los padres hacia los hijos no es el más adecuado para lograr estos objetivos, ello debido a que no poseen habilidades para su crianza. Es importante señalar que también las características de los hijos pueden influir en que los padres cometan más o menos errores educativos o en que el trato cotidiano sea más o menos afectuoso. Es evidente que las características temperamentales y observables desde los primeros días de vida y que se consideran innatas y de base genética y biológica van a influir en la actitud y comportamiento de los demás hacia los hijos (Kashani, Ezpeleta, Dandoy, Doi, Reid; 1991). Cuando un chico es evaluado por sus padres como de temperamento difícil y conflictivo, van a responder ante sus conductas más negativamente y serán más críticos y dominantes (Campbell, 1979). Una mejoría en el comportamiento del hijo, sin duda puede ser a través de un tratamiento, ya que este influirá en que las interacciones padre-hijo sean más efectivas y afectuosas (Chronis, Pelham, Gnagy, Roberts, Aronoff; 2003).

Influencia del estilo educativo familiar: En diversos estudios se han correlacionado diferentes patrones educativos con determinadas características en los hijos. De esta forma, cuando simultáneamente unos padres sean muy controladores y exigentes utilizando métodos hostiles, sus hijos tenderán a tener una baja autoestima, a contar con un locus de control externo, a ser más agresivos, a mostrar más hostilidad e impaciencia y a tener una menor interiorización del razonamiento moral. Si además los padres muestran poco su afecto, los hijos tenderán a tener dificultades en su vinculación afectiva y a exhibir peores habilidades sociales con tendencia al retraimiento, poca iniciativa y falta de espontaneidad.

Por otro lado, la permisividad excesiva, también parece tener efectos negativos favoreciendo que los hijos tengan una conducta más inmadura, con escaso

autocontrol y falta de independencia y disposición para tomar responsabilidades (Olweus, 1980). En el caso de los padres que no muestran afecto ni ejercen un control adecuado, es decir, son negligentes y no están implicados en la educación y relación con sus hijos, estos tenderán a presentar una falta de afecto y vinculación hacia sus padres (Egeland, Sroufe; 1981). También tendrán más impulsividad baja tolerancia a la frustración, poco interés escolar, a tener amigos que desagraden a sus padres, a empezar a fumar, beber y tener relaciones sexuales a edades más tempranas y en edades posteriores, a no tener metas a largo plazo (Pulkkinen; 1982), y a tener historial delictivo (Patterson, 1982; Pulkkien, 1982).

En cambio, el que los padres muestren su afecto y se impliquen en la educación de sus hijos, consiguiendo ejercer el control y plantear exigencias, se ha relacionado con una mejor autoestima, locus de control interno, un mejor cumplimiento y obediencia y tendencia a ser amigables, confiados, activos e interesados en lo nuevo y a plantearse metas. Un estilo educativo basado en un elevado afecto, adecuado control ejercido con señales de cariño, normas claras y coherentes y una baja sobreprotección parecen asociarse a características positivas en los hijos, como alta autoestima y menores alteraciones conductuales.

Estrés parental: El estrés parental por otra parte puede verse como un factor de riesgo ya que este representa la falta de habilidad por parte de los padres para llevar a cabo la crianza de los hijos. El estrés parental se puede ver de manera más clara por ejemplo, en la llegada del primer hijo, dónde existe un cambio radical en la dinámica habitual de la pareja en diferentes áreas de sus vidas (marital, personal, familiar y en el trabajo. Cabe señalar que el estrés parental difiere de aquel relacionado con los problemas económicos o maritales y se relaciona como ya se mencionó previamente con la forma en que los padres llevan a cabo la crianza de los hijos.

En un estudio realizado en España en el 2007, se hizo una adaptación de una escala de estrés parental estadounidense. Dicha escala está compuesta por 18 reactivos de los cuales se hizo un análisis a través de investigadores bilingües para ver las equivalencias de términos y significados en el español y así realizar una adaptación

que efectivamente midiera lo deseado, sin incurrir en confusiones de términos y que fuera fácil de entender para los padres. La escala respecto el orden de las preguntas y fue aplicada a 106 parejas heterosexuales, que vivían desde hace más de 4 años dentro del mismo espacio y que tuvieran hijos entre los 6 y 8 meses de edad.

Tras la aplicación de este cuestionario se encontraron dos factores medidos los cuales fueron los estresores y las recompensas por el bebé que se refiere a el costo beneficio que acarrea la crianza de los hijos. Se encontró que tanto los síntomas depresivos o de ansiedad son una forma de expresión de dicho estrés parental. Aunque no hubo diferencias entre hombres y mujeres en este estudio, en estudios previos han encontrado un mayor nivel de estrés en mujeres, sin embargo, esto está sujeto a limitaciones culturales que regula el grado en que se involucran hombres y mujeres en la crianza de los hijos (Oronoz, Alonso-Arbiol, & Balluerka, 2007).

1.4.11 El conflicto entre padres

El conflicto entre los padres de un chico constituye un reconocido factor de riesgo de psicopatología para este. Uno de los probables ingredientes de este hecho puede ser la mayor disciplina coercitiva de los padres y madres en conflicto, tal como son percibidos por sus hijos de 8 a 13 años de edad. Según un estudio de Dadds, Sheffield y Holbeck (1990), en el que todos los chicos creían que sus padres eran más punitivos que sus madres. Pero los efectos negativos de tal conflicto también fueron más patentes en los chicos que en las chicas. De hecho, en las situaciones de estrés conyugal, los padres tienden a actuar con sus hijos de manera más incoherente y más restrictiva.

Se ha podido comprobar que la correlación entre desadaptación conyugal, definida por los padres, y problemas conductuales de los hijos es significativamente más elevada en las familias de chicos y familias de nivel socioeconómico bajo que en las de nivel alto (Jouriles, Bourg y Farris, 1991).

2.4.11 Características de los padres y de las familias

Sin duda, el establecimiento de una vinculación insegura, el formar de una familia monoparental o adoptiva, la conflictividad conyugal y la expresión de emociones negativas, todos ellos factores de riesgo para los hijos, en gran parte dependen de ciertas características de los padres.

La separación y divorcio de los padres ha constituido una circunstancia familiar revestida tradicionalmente de un singular papel como factor de riesgo para los chicos. Por ejemplo, se ha demostrado que la separación o divorcio de los padres está asociada a la delincuencia en los hijos, lo que no sucede en el caso de fallecimiento de uno de los padres, situación en la que la pérdida es todavía más rotunda. Lo realmente importante es el conflicto y la agresividad más o menos manifiesta que suele acompañar a las rupturas familiares. Conflicto y agresividad que cuando se da en familias que mantienen la convivencia de la pareja también están asociadas al riesgo de delincuencia (Rutter, 1985).

3.4.11 Padres y madres con trastornos afectivos

Junto a la influencia de la genética, los factores que más parecen intervenir en trastornos afectivos, como la depresión, que trae consigo sentimientos de culpa, problemas interpersonales y malos vínculos, son los problemas conyugales de los padres, los errores de crianza y educación, la cronicidad y gravedad de estos trastornos afectivos (Beardslee, Versage, Gladstone, 1998). En un estudio longitudinal de Weissman, Wickramaratne, Moreau y Olfson (1997), concluían señalando que los hijos de padres depresivos tienen un alto riesgo de iniciar trastornos de ansiedad y depresión mayor en la infancia, depresión mayor en la adolescencia y dependencia del alcohol en la adolescencia e inicio de la juventud.

4.12 La influencia de los amigos y la ocupación del tiempo libre

Patterson (1989) argumenta que los pares pueden promover las conductas de riesgo de varios modos: Instigando directamente a realizar una conducta, modelando, presionando o motivando al adolescente a unirse a un grupo a través del involucramiento de conductas riesgosas.

Es importante señalar que cuando se hace referencia al grupo de iguales y a las actividades de ocio que con ellos se realiza, van a existir ciertas características de estos grupos de amigos y de la naturaleza de la relación afectiva que con ellos se establece, y así mismo las diferentes actividades que se realizan dirigidas a la ocupación del tiempo libre, junto con el nivel de satisfacción que producen en los adolescentes, serán las que sí puedan ser consideradas como predictores relevantes de la aparición de diversos comportamientos desadaptados.

El grupo de iguales es uno de los determinantes fundamentales del desarrollo del adolescente. Los amigos y los compañeros crean normas de conducta proporcionando información directa e indirecta sobre los comportamientos apropiados en situaciones distintas a las del hogar. Ofrecen un soporte para experimentar y resolver problemas de socialización mientras el adolescente pasa de la influencia familiar a la vida adulta conformando una identidad independiente a la de los padres en la que la formación de lazos estrechos de unión con los amigos es determinante. Por lo tanto, la interacción con los amigos guía la socialización en la adolescencia.

El modelado por parte de los iguales es uno de los procesos de aprendizaje más relevantes en la adolescencia y a través de él, los adolescentes interiorizan las actitudes y patrones de comportamientos que se exhiben en el grupo de amigos. Si bien esta forma de “aprender” afecta a todas las conductas típicas de esta edad y etapa evolutiva, se han identificado variables importantes y modelos de riesgo al comprobar su influencia negativa en el aprendizaje de conductas desadaptadas y que interfieren en todas las áreas de desarrollo de los adolescentes:

- ✓ Consumo de drogas

- ✓ Conductas delictivas y/o violentas
- ✓ Rechazo por parte de los pares o amigos
- ✓ Relaciones de intimidad entre los miembros del grupo, predice el inicio de comportamientos desadaptados

1.4.12 Efectos de ocio no productivo

Un buen número de estudios en esta área ha señalado que la ocupación del tiempo libre centrada en la realización de actividades de ocio relacionadas con las salidas nocturnas, asistencia frecuente a fiestas, bares y antros; se relaciona de forma significativa con el uso significativo de drogas y el desarrollo de actividades sexuales de riesgo (Mckee, 1999; Van den Akker y Lees, 2001).

Estas situaciones de riesgo se hacen más importantes, pues de forma temprana, el adolescente comienza a asociar el uso de drogas con experiencias, situaciones y sensaciones que le resultan novedosas y excitantes estableciendo cadenas de actitud y de comportamiento en las que el ocio y la diversión quedan poderosamente enlazados con estar contento.

Debido a esto existe la necesidad de elaborar programas preventivos dirigidos a afrontar y manejar, desde la prevención, la poderosa influencia que ejercen los amigos en el comportamiento de los jóvenes.

Acerca de la influencia de la comunidad o el vecindario, los factores de riesgo relevantes que existen son: La desorganización social, exposición a la violencia, la facilidad para adquirir drogas, armas, etc.

Alternativas del uso del tiempo libre: El tiempo libre puede ser empleado creativamente por los adolescentes en el desarrollo de destrezas personales y habilidades que promuevan su desarrollo personal.

El uso del tiempo libre enajenado y consumista debe ser combatido.

Debemos tomar en cuenta que los riesgos del mal uso del tiempo libre puede traer a los adolescentes: el consumo de drogas, fanatismo, etc.

Los padres deben de considerar que pasar el tiempo libre con sus hijos es una medida de protección y oportunidad de desarrollo.

El mal uso del tiempo libre es observable por indicadores diversos, entre ellos, los malos hábitos alimenticios, las formas de uso del dinero, las modalidades de descanso y el tiempo frente a la televisión.

El ejercicio, la vida espiritual, la lectura, la comunicación significativa y el servicio comunitario son lagunas formas de uso del tiempo libre saludables.

Ayudar a descubrir y desarrollar el talento personal es una de las mejores formas de emplear el tiempo libre.

CARACTERÍSTICAS	EFECTOS DE LA EXPOSICIÓN
INFLUENCIA DEL GRUPO DE IGUALES	Potente predictor del inicio y la frecuencia del consumo de sustancias así como su estabilidad en el tiempo.
El grupo como modelo de comportamientos desadaptados:	Más relevante que la influencia de los padres especialmente en las etapas iniciales de implicación con las drogas.
Consumo de drogas por parte de los amigos.	El tipo de sustancias consumidas por los miembros del grupo.
Conductas delictivas y/o violentas.	Mantenimiento y exhibición de conductas pre-delictivas y agresivas por parte de los miembros del grupo en edades tempranas.
Trastornos de comportamiento alimentario	Aceptación y justificación de la violencia como principio de lícita actuación por parte del grupo.
Naturaleza de la relación afectiva establecida con el grupo	Discusiones frecuentes y rechazo por el grupo son predictores de la insatisfacción con la imagen corporal y la aparición de desórdenes de la alimentación
Relaciones de intimidad	
Rechazo por parte de los amigos entre los miembros	Mantener relaciones íntimas con los amigos es un factor de riesgo para el inicio de conductas desadaptadas como el consumo de drogas

	Situación de riesgo que incrementa la probabilidad de tener problemas en la escuela, exhibir comportamientos violentos, padecer sintomatología depresiva y abusar de las drogas.
OCIO Y TIEMPO LIBRE	
Ocio no productivo	Importante predictor del consumo de drogas y la práctica de comportamiento sexuales de riesgo
Actividades de ocio centradas en salidas nocturnas, fiestas y asistencia a bares y antros	

Tabla 2. Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de pares y la ocupación del tiempo libre: efectos de la exposición. Fuente: Ezpeleta, 2005.

2.4.12 Acontecimientos vitales y estrés

El estrés ha sido considerado como un factor de riesgo psicosocial con potencial para alterar la salud y el bienestar. Sin embargo, como ya expresó Selye (1956), el estrés forma parte de la vida y es por lo tanto un componente ineludible del crecimiento y el desarrollo infantil. Así algunos chicos superan con gran resistencia muchas experiencias adversas, mientras otros son muy vulnerables a acontecimientos de menor magnitud.

Algunos autores han clasificado los acontecimientos vitales en: a) experiencias de peligro para uno mismo; b) experiencias de peligro para los demás; c) situaciones graves de decepción personal, y d) experiencias vividas por pérdida (Goodyer y cols., 1997)

De todas las situaciones vitales estresantes importantes, una de ellas ha sido considerada las separaciones de alguna figura importante. A diferencia de las separaciones breves, las permanentes, ejercen efectos conductuales adversos en muchos niños y adolescentes. El momento evolutivo de la pérdida es importante tenerlo en cuenta. Las que suceden en la edad escolar, pueden estar estrechamente asociadas a trastornos depresivos (Berney, Bhate, Kolvin; 1991).

Diversos investigadores (Goodyer, Herbert, Tamplin; 2000; Lewinsohn, Gotlib, Seeley; 1995) han estudiado la influencia de factores psicosociales, cognitivos y endócrinos, como precursores de inicio de depresión mayor en adolescentes. Se ha

demostrado que casi todos los episodios de depresión mayor ocurren en sujetos con altos niveles preexistentes de síntomas depresivos. El 97% de los episodios de depresión mayor se dieron en adolescentes expuestos a dos a más de los siguientes factores de riesgo: desarmonía marital, trastornos psiquiátricos de los padres, dos o más acontecimientos vitales de pérdida a lo largo de la vida (separaciones permanentes y/o muertes) o un estilo temperamental de alta emocionalidad. El hecho que todos estos factores de riesgo estuvieran implicados en el inicio del trastorno depresivo sugiere la existencia necesaria de un grupo de adversidades en el pasado del adolescente que detona los trastornos afectivos.

3.4.12 Variables que modelan los acontecimientos vitales

Tanto en estudios longitudinales como transversales se ha evidenciado que la *capacidad intelectual* tiene un valor protector sobre determinados trastornos. Una alta capacidad intelectual actúa como moderador de la relación entre los acontecimientos vitales y la sintomatología conductual (Mathijssen, Koot, Verhulst; 1999).

Por el contrario, capacidades deficientes, concretamente la resolución de problemas pobre que proponga el uso de soluciones autodestructivas o pasivas (evitación de los problemas) predice la depresión futura en presencia de acontecimientos vitales estresantes entre los adolescentes (Adams y Adams, 1996).

La autoestima es una variable personal cognitiva que modera el impacto de los acontecimientos vitales estresantes. Es menos probable que los niños y los jóvenes con alta autoestima se depriman bajo condiciones estresantes (Rutter, 1979).

La escuela es un ámbito importante en la vida de los adolescentes que puede contribuir a la resistencia del impacto del estrés, impulsando estrategias de promoción de la salud, tanto físico como mental (Rutter, 1979), o por el contrario ser una fuente importante de malestar (Buendía y Mira, 1993). Los profesores pueden ser factores críticos en la vida de los chicos que tienen riesgo de fracaso escolar. Aquellos que ayudan a la buena relación casa-escuela, que optimizan el tiempo del aprendizaje, que creen que todos sus alumnos pueden aprender, que proporcionan

experiencias de aprendizaje cooperativo (Slavin, 1989), que promueven la resistencia a los estresores cotidianos y que son positivos en su relación; facilitarán un mayor rendimiento académico y una más clara adaptación.

4.13 Implicaciones para la prevención

En este sentido, es aconsejable realizar programas o intervenciones preventivas dirigidas a la población infantil y adolescente, que deberían formar parte de los programas educativos, especialmente en los grupos sociales de condiciones más adversas. Educación para la salud, educación emocional, aprendizaje de habilidades para afrontar el estrés, control emocional, habilidades sociales y solución de problemas, y habilidades de estudio debería formar parte de los programas educativos.

Mientras tanto, La subcultura adolescente que tanto se promociona a través de diferentes medios de comunicación (especialmente T.V. y radio) por medio de anuncios publicitarios u otro tipo, conlleva la administración y promoción de valores y conductas que ponen en riesgo a los propios jóvenes (Tierney, 1983) y al contexto sociocultural en el que habitan.

5 RESILIENCIA

Manciaux (2003) explica que, aunque desde hace siglos es bien sabido que algunos individuos resisten mejor que otros los cambios de la vida, la adversidad y la enfermedad, en gran parte no se ha explicado el porqué de esta resistencia. Recientemente se ha tenido en cuenta la interacción del individuo y sus allegados, sus condiciones de vida y, por último su ambiente vital, lo que ha suscitado estudios sistémicos que han tenido éxito.

Sucesivamente se han estudiado y puesto en relieve la resistencia (mayor o menor) al trauma y a los sucesos desestabilizadores, la capacidad de enfrentarse y la adaptabilidad, sin embargo esta aproximación no ofrece la información suficiente para apreciar las potencialidades, la fragilidad y aquellos factores que pueden reforzar o declinar al individuo para enfrentar la situaciones. Lo que ha permitido

avances decisivos es sin duda identificar las competencias, entiéndase estas como las aptitudes reconocidas, e insistir en ellas.

5.1 Cómo entender a la resiliencia

Originalmente, el término resiliencia pertenecía sólo a la física, y expresaba la capacidad de algunos materiales para recobrar su forma original después de ser sometidos a una presión deformadora. (Varela, 2005). El primero en utilizar el término en sentido figurado fue Bowlby, insistiendo en el papel del apego en la génesis de la resiliencia y la definió como: “el resorte moral, cualidad de una persona que no se desanima, que no se deja abatir”.

Rutter (1993) definió a la resiliencia como un fenómeno que manifiestan los sujetos jóvenes que evolucionan favorablemente, aunque hayan experimentado una forma de estrés que en la población general se estima que implica un grave riesgo de consecuencias desfavorables.

Para Goodyer (1995) la resiliencia existe cuando un niño muestra acciones moderadas y aceptables si el ambiente le somete a estímulos considerados nocivos.

Vanistendael la describe como la capacidad de tener éxito de modo aceptable para la sociedad, a pesar de un estrés o de una adversidad que implican normalmente un grave riesgo de resultados negativos (Amar, Klotiarenko, & Abello, 2003).

“La lucha permanente de hombres y mujeres para conseguir la felicidad, para realizarse, implica superar dificultades y problemas y a esto se llama resiliencia” (Lascano, 2001).

La resiliencia puede ser definida como el proceso o capacidad de adaptarse exitosamente al medio a pesar de las circunstancias amenazantes o adversas (Pharoah, 2004)

Finalmente tenemos a la resiliencia como una capacidad universal que permite a una persona, un grupo o una comunidad impedir, disminuir o superar los efectos

nocivos de la adversidad (Grotberg, 1995 en Manciaux, 2003). Esta definición es interesante porque amplía el campo de la resiliencia a grupos humanos.

El estudio de la resiliencia se remonta en la década de los setentas donde se introdujo el término de “niños de alto riesgo” y “vulnerabilidad” poniendo principal énfasis en la observación del niño de riesgo antes de que apareciesen las patologías, para descubrir cómo y en qué grado moldean su vida los riesgos afrontados, las vulnerabilidades y las inmunidades que aportan esas situaciones, sin embargo, aún no eran claros los mecanismos que permiten al individuo superar las situaciones adversas. El campo de investigación de la vulnerabilidad se ha asociado principalmente con el riesgo sin embargo también surgió paralelamente el término de invulnerabilidad, satisfaciendo parcialmente la pregunta de cómo algunos niños no desarrollaban los trastornos predichos. El concepto de vulnerabilidad, aunque parecido a simple vista con la resiliencia, difiere en el sentido de que está definido como una propiedad permanente, invariable, de carácter absoluto, aplicable a todos los sucesos de riesgo y que forma parte de un rasgo de la personalidad.

El objetivo principal de su estudio se enfoca en las características que le proporcionan al individuo la fortaleza para poder enfrentar las malas experiencias aunque estén parezcan insuperables. En nuestra vida diaria conocemos a personas que viven bajo circunstancias extremas: niños con padres alcohólicos, niños que viven con madres que padecen de algún trastorno mental, que viven en una zona de marginada de alta peligrosidad, que se convierten en personas que viven una vida feliz; personas que tuvieron una infancia poco afortunada y que tuvieron que vivir en orfanatos o que incluso tienen antecedentes delictivos, sin embargo, ahora son personas con una vida estable. Por otra parte tenemos personas que a pesar de que tienen todas las ventajas para llevar una vida sin dificultades, poseen dinero, una familia amorosa, amigos, una buena educación, etc. y que no son capaces de ser adultos ajustados a sus circunstancias y tener una vida equilibrada.

El estudio de los factores de riesgo y la resiliencia ha permitido a los sociólogos entender qué factores colocan el desarrollo adaptativo de los niños en riesgo y que

procesos aumentan sus oportunidades para que puedan llegar a ser adultos felices y bien adaptados (Pharoah, 2004).

5.2 Modelos explicativos de la resiliencia

La resiliencia como lo opuesto al riesgo. Existen diversos modelos conceptuales que permiten entender de manera más clara el proceso de la resiliencia. El primer modelo concibe a la resiliencia como lo opuesto al riesgo. Los primeros estudios de resiliencia asumían que el riesgo y la resiliencia representaban lados opuestos de un mismo espectro. A veces estos conceptos son vigentes. Por ejemplo, la falta de una relación entre padre e hijo es un factor de riesgo y el tener una buena relación padre-hijo contribuye a la resiliencia. Sin embargo, hay excepciones en este modelo que requiere de un mayor refinamiento conceptual.

Modelo de las fortalezas universales. Dicho modelo sostiene que la resiliencia es una capacidad del hombre que permite a las personas, grupos o comunidades manejar la adversidad previniendo, enfrentando, minimizando, superando o venciendo la adversidad. Este modelo además explica que los humanos estamos naturalmente dotados (probablemente a través de la evolución) con la habilidad para afrontar la adversidad pero para eso, dicha capacidad necesita del apoyo y del cuidado dentro de un ambiente facilitador que permite ser resiliente. De muchas formas este modelo es consistente con la teoría ecológica social del desarrollo, la cual fomenta un enfoque hacia las variables y sistemas que conforman el contexto y los cuales pueden apoyar o limitar el funcionamiento óptimo de los individuos.

Modelo de las capacidades o procesos protectores. Este modelo argumenta que las capacidades o procesos protectores son aquellos que permiten resolver mejor las dificultades y avatares de la vida. Los procesos protectores abarcan una amplia gama de experiencias y mecanismos que permiten una adaptación óptima a pesar de la adversidad. Los procesos protectores como los factores de riesgo incluyen las características de la personalidad y la genética así como las dinámicas dentro de la familia, la escuela y la comunidad.

Dos enfoques complementarios. Es conveniente diferenciar entre el enfoque de resiliencia y el enfoque de riesgo. Ambos son consecuencias de la aplicación del método epidemiológico a los fenómenos sociales. Sin embargo, se refieren a aspectos diferentes pero complementarios. Considerarlos en forma conjunta proporciona una máxima flexibilidad, genera un enfoque global y fortalece su aplicación en la promoción de un desarrollo sano (Munist, Santos, Klotiarenco, Suárez Ojeda, Infante, & Grotberg, 1998).

El enfoque de riesgo se centra en la enfermedad, en el síntoma y en aquellas características que se asocian con una elevada probabilidad de daño biológico o social.

El enfoque de resiliencia se explica a través de lo que se ha llamado el modelo “del desafío o “de la resiliencia. Ese modelo muestra que las fuerzas negativas, expresadas en términos de daños o riesgos, no encuentran a un niño inerme en el cual se determinarán, inevitablemente, daños permanentes. Describe la existencia de verdaderos escudos protectores que harán que dichas fuerzas no actúen linealmente, atenuando así sus efectos negativos y, a veces, transformándolas en factor de superación de la situación difícil (Infante, 2001; citado en Melillo, 2004).

La promoción de la resiliencia es más efectiva cuando dos o más factores reciben atención al mismo tiempo. Por ejemplo:

- ✓ Lograr el equilibrio entre la autonomía y la ayuda
- ✓ Tratar los resultados de errores con cariño y empatía
- ✓ Promover la responsabilidad mientras se habla de confianza en sí mismo y éxitos

Es importante saber que la resiliencia aumenta la calidad de vida y la sensación de bienestar. Hiew (2000), descubrieron que las personas resilientes eran capaces de enfrentar situaciones estresantes y adversas, y al mismo tiempo disminuir la intensidad de la situación de estrés y la expresión de los síntomas negativos asociados a ella, como la ansiedad, la depresión y la rabia; paralelamente aumenta

la creatividad, la curiosidad y la salud emocional. Así, demostraron que la resiliencia es efectiva para promover la salud mental y emocional.

5.3 La resiliencia en los adolescentes

Para algunos autores, como Florenzano, esta etapa incluye parte de la adolescencia temprana y toda la intermedia. En ella continúan los cambios púberos y parte de la crisis de identidad se centra en el cuerpo. Hay un conflicto en el joven que ahora tiene su cuerpo con funciones sexuales adultas, pero una organización psicosocial con características infantiles. El crecimiento rápido de los adolescentes desorienta también a padres y cuidadores; muchas veces no saben si tratarlos como a niños o mayores. Perciben que el hijo está cambiando y que van perdiendo al hijo-niño.

También el joven percibe la pérdida de su propia infancia, de las figuras paternas que lo acompañaron en esos años y del cuerpo que materializaba una identidad de niño. Su relación con los padres irá cambiando para transformarse al final de la adolescencia en una relación de adultos. Mientras tanto, el joven tratará de separarse de las figuras parentales. Busca una identidad propia, distinta, que lo distinga del padre y de la madre.

Los conflictos familiares se incrementan. Los adolescentes cuestionan las normas paternas, se resisten a vestirse como los adultos sugieren o indican, no aceptan las opiniones de los padres sobre sus amistades: buscan la diferencia para llegar a la afirmación de lo propio, lo que puede estereotiparse o agudizarse como una rebeldía que genera dificultades en la vida cotidiana.

El grupo de pares cobra un significado particular, persistiendo tendencias a agruparse por sexo. El amigo, idealizado, es compañía inseparable, apoyo y confidente. Las características de los adolescentes que atraviesan esta etapa pueden pasar desapercibidas en comunidades donde el pasaje de la infancia a la vida adulta es más gradual y donde el joven encuentra un lugar de inserción social. En las grandes ciudades los conflictos pueden exacerbarse. Es decir, el contexto influye en las características de la etapa.

Los problemas socio-económicos han contribuido a que la adolescencia se haya transformado una etapa cada vez más compleja y difícil de resolver. Para los jóvenes, la mayor contradicción se plantea entre la necesidad psicológica de independencia y las dificultades para instrumentar conductas independientes en un medio social que los obliga a prolongar situaciones dependientes con respecto a los adultos.

1.5.3 La construcción de la resiliencia en los adolescentes

El adolescente tiene que construir conscientemente su propia resiliencia. El adolescente debe lograr desarrollar factores resilientes para superar las situaciones adversas en su devenir cotidiano.

La resiliencia muchas veces aparece como la respuesta extraordinaria a acontecimientos extraordinarios, pues es la forma más espectacular de lograr una valoración de ella. En realidad, es una forma de enfrentar la vida diaria, y a ella corresponde la designación de resiliencia cotidiana.

La promoción de las propias capacidades, así como el desarrollo de nuevas fortalezas es la clave para la promoción de la resiliencia. Para ello, la introspección individual y la interacción con los pares y adultos son fundamentales.

¿Qué factores pueden predecir la resiliencia en los adolescentes? Características del niño y adolescente resiliente

Se puede decir que niño y adolescente resiliente como aquel que trabaja bien, juega bien y tiene buenas expectativas (Munist, Santos, Klotiarenco, Suárez Ojeda, Infante, & Grotberg, 1998). Esto pareciera demasiado abstracto para llevarlo a la práctica, por lo que se ha tratado de sintetizar y expresar más gráficamente aquellos atributos que han sido consistentemente identificados como los más apropiados de un niño o adolescente resiliente. Entre ellos cabe destacar los siguientes:

- ✓ Competente socialmente: Habilidades de comunicación, expresión de emociones y empatía.

- ✓ Habilidad para resolver problemas: Capacidad de pensar en abstracto reflexiva y flexiblemente, intentar soluciones nuevas,
- ✓ Autónomos: Ejercen un control sobre sus conductas, independencia, sentido de pertenencia e identidad
- ✓ Sentido de propósito y futuro: Tener un proyecto de vida y una “misión”

Los elementos que a continuación se enmarcan en la tabla 5 son aquellos que han sido encontrados en la mayoría de las poblaciones de niños o adolescentes de en riesgo, estos provienen de un modelo integrador de resiliencia (Pharoah, 2004) que a su vez se basa en el concepto ecológico del desarrollo humano, donde todos los contextos o niveles que lo conforman tienen una interacción recíproca directa o indirecta que influyen el desarrollo del individuo.

Tabla 3. Proveedores de la resiliencia en niños y adolescentes. Fuente: Munist, 1998

LOS ELEMENTOS QUE PROMUEVEN LA RESILIENCIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES		
Fortalezas internas	Recursos interpersonales	Habilidades y apoyo de los elementos externos
La capacidad de comprensión y análisis	Sentido de confianza en las relaciones interpersonales	Apoyo y control parental adecuados
Cierta competencia cognitiva.	Apego seguro	Motivación por parte de los padres
Sentido de autoeficacia y autoestima.	Sentido del humor	Modelos conductuales apropiados que proporcionan los adultos en particular los padres.
Autonomía y sentido de control sobre la propia existencia.	Ser socialmente competente.	Apoyo emocional fuera del núcleo familiar.
Habilidades para solucionar problemas	Habilidad para autoregular las interacciones sociales	Sentido de pertenencia en el contexto familiar y cultural.
Temperamento Fácil	Empatía	Ambiente escolar estable
Talentos valorados por el mismo individuo y por la sociedad circundante	Recibir reconocimiento de las metas alcanzadas.	Acceso a los servicios de salud
Habilidad para enfocar y mantener atención	Encontrar el sentido de la propia existencia, usualmente basado en los valores religiosos o espirituales.	Recursos que ofrece la comunidad
Habilidad para expresar una variedad de emociones de manera asertiva		

5.4 ¿Cómo promover la resiliencia en la adolescencia?

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud 1998, para fortalecer la resiliencia en esta etapa de la vida, se puede tomar algunas acciones con los propios adolescentes y otras con los adultos encargados de ellos (Munist, Santos, Klotiarenco, Suárez Ojeda, Infante, & Grotberg, 1998).

Entre las primeras están aquéllas con las que se trata de reforzar los rasgos de los jóvenes resilientes para que ellos mismos puedan tomar el control de sus vidas y afrontar dificultades con las mejores herramientas. Cabe mencionar las siguientes medidas:

- ✓ Estimular el desarrollo de las capacidades de escuchar, de expresión verbal y no verbal de comunicación en general
- ✓ Fortalecer la capacidad de manejo de la rabia-enojo y de las emociones en general
- ✓ Reforzar la capacidad de definir el problema de optar por la mejor solución y de aplicarla cabalmente
- ✓ Ofrecer preparación para enfrentar las dificultades del ingreso al mercado de trabajo
- ✓ Entre las medidas que se puede tomar con padres y educadores cabe mencionar las siguientes:
- ✓ Reforzar los conceptos de protección familiar y procreación responsable.
- ✓ Fomentar la habilidad de reconocer esfuerzos y logros.
- ✓ Desarrollar la capacidad de comunicación afectiva con los adolescentes.
- ✓ Aclarar los roles desempeñados dentro de la familia y favorecer el establecimiento de límites razonables para cada uno de los miembros.
- ✓ Favorecer la presencia de, al menos, un adulto significativo para el adolescente.

6 PREVENCIÓN INTERVENCIONES BREVES Y CONSEJERÍA

De una forma sencilla y breve se puede decir que la historia de la prevención siempre ha sido y continuará siendo la historia de la lucha contra la enfermedad y cualquier clase de sufrimiento. El ser humano ha sido consciente de una enfermedad o se ha sentido angustiado por el dolor físico o psicológico, siempre ha tratado de buscar y seguirá haciéndolo, mecanismos para reducir la probabilidad de aparición de una determinada patología o proceso doloroso.

6.1 Una perspectiva integral del proceso salud-enfermedad y su relación con la prevención.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no únicamente la ausencia de enfermedad.

La relación mutua que existe entre la concepción del proceso salud-enfermedad y la prevención deriva del significado de dicho proceso, como se mencionó anteriormente en función del concepto se ha estructurado programas de prevención que inicialmente se enfocaban solo en la enfermedad. Algunas posibles consecuencias prácticas del concepto positivo de salud promovido por la OMS, sería llevar a cabo el diseño y aplicación de programas preventivos que se focalizarían más sobre las consecuencias positivas de adoptar una nueva conducta de salud, que en resaltar los posibles riesgos asociados a continuar manteniendo la conducta problema (Fernández-Ríos, 1994). Es decir, se trata de considerar la salud como un valor positivo, a nivel individual y comunitario, y de que el sujeto disponga de actitudes positivas que “guíen” realmente su conducta.

La OMS ha definido como metas de la salud mental; prevenir las enfermedades y los trastornos mentales, fomentar la salud mental por medio de la educación y el saneamiento del medio psicosocial y organizar servicios y programas para la prevención, el diagnóstico temprano, el tratamiento y la rehabilitación, acciones en que ha de buscarse la participación de la colectividad (De la Fuente, Medina-Mora, & Caraveo, 1997)

Lo que la OMS propone, es la integración de la salud mental en la atención primaria, tomando como objetivos a la familia y la comunidad y poniendo acento en la prevención

1.6.1 Modelos de prevención

Un modelo o paradigma es un intento de sistematización y descripción de lo real, en función de presupuestos teóricos (Arnau, 1989 en Fernández-Ríos, 1994). En el caso de la prevención psicológica un modelo representa un marco de referencia, una entidad que no es abstracta sino una ayuda para llegar a conseguir algo en el futuro, lo que sirve para tratar de comprender lo que está sucediendo y los modos de acción para planificar y crear el futuro.

Para Fernández-Ríos (1994), en la historia de la prevención han existido dos modelos de base.

- ✓ Modelo Médico tradicional. Actualmente criticado por su idea simplista del origen de la enfermedad sin tomar en cuenta causas múltiples de la misma, lo que resta importancia a las dimensiones socio psicológicas y conductuales de la enfermedad, además de una deshumanización del cuidado de la salud debido a una excesiva confianza en la sofisticada tecnología y sobreespecialización de los proveedores de la salud. También promueve relaciones autoritarias entre el profesional de la salud y el paciente. Por último hace más énfasis en la curación de la enfermedad que en promover la salud y prevención de la enfermedad.
- ✓ Modelo Biopsicosocial. Referirse al concepto de saludo como algo positivo nos lleva a la decadencia del modelo medico de salud-enfermedad. Como alternativa surge el modelo biopsicosocial. Dicho modelo es más complejo ya que toma en cuenta no solo los aspectos biológicos sino también los factores psicosociales y conductuales. Existe una relación de ayuda y beneficio entre el profesional de la salud y el paciente. Este supone una aproximación holística a la prevención, génesis y tratamiento de la enfermedad. El modelo biopsicosocial es el que actualmente ha tenido más relevancia y en el que se pone mayor énfasis para las acciones preventivas, implementando y evaluando estrategias activas de intervención para evitar en la medida de los

posible la aparición de la enfermedad, pero lo más importante es la promoción de la salud y la calidad de vida a lo largo del ciclo vital y en todas las comunidades.

6.2 Concepto de prevención y clases de prevención

La noción de “prevención” conduce a la preparación, precaución o disposición para evitar un riesgo, es decir, que se asocia a la idea de “prever” de conocer de antemano un daño y de ahí que se puede anticipar que ocurra. De esta manera se puede prevenir el delito, el maltrato a los niños, los incendios forestales, enfermedades...etc. La prevención también se asocia con la idea de mantenimiento y como punto de encuentro de un proceso.

La prevención puede describirse como el conjunto de datos e impresiones que moldean actitudes y permite el desarrollo de habilidades para enfrentar, con medios de protección, los riesgos que pueden transformarse en daños (Llanes, Castro, & Margain, 2003).

La prevención ofrece el potencial para evitar que se extienda el sufrimiento humano, así como reducir los costos asociados al tratamiento y a la pérdida de la productividad (Galvan, Reid, & García, 1993)

Para el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, en su informe sobre “Un Plan de Investigación en el campo de la prevención” publicado en 1996, define a la prevención como aquellas intervenciones que ocurren antes que se inicie un trastorno mental. La prevención constituye una parte del espectro de intervenciones enfocadas en los desórdenes mentales.

Adaptando el modelo propuesto por Gordon (1983,1987 en De la Fuente, Medina-Mora, & Caraveo, 1997) basado en el concepto costo-beneficio, según el cual el riesgo de que un individuo desarrolle una condición debería ser valorado frente al costo y los problemas secundarios derivados de la intervención preventiva. Propuso tres categorías de intervención

- ✓ Universal, de bajo costo, deseables para toda la población y por lo general de una gran aceptación y pocos riesgos secundarios, por ejemplo, el uso del cinturón de seguridad.
- ✓ Selectiva, aplicables sólo aquellas personas cuyo riesgo de desarrollar la enfermedad está por encima del promedio, por ejemplo, adolescentes que viven en zonas donde hay un elevado nivel de disponibilidad de drogas; se recomienda cuando el costo no excede un nivel moderado y los efectos negativos de las medidas no existen o son mínimos, por ejemplo, el despertar de la curiosidad de los adolescentes de probar drogas al ser sometidas a programas de educación.
- ✓ Indicada, dirigidas a personas que presentan una condición o anomalía tal que las coloca en un riesgo elevado para el futuro desarrollado de una enfermedad; se trata de intervenciones de persona a persona y son, por lo tanto, de alto costo y generalmente dirigidas a individuos asintomáticos pero con una deficiente condición clínica, por ejemplo, la hipertensión.

En 1994, el Comité de prevención de Trastornos Mentales del Instituto de Medicina de los Estados Unidos propuso un modelo en el que el término prevención se aplica solamente para definir aquellas intervenciones que ocurren antes del inicio de la enfermedad, incorpora y abarca un espectro amplio que incluye el tratamiento y el mantenimiento del paciente (A Plan for Prevention Research for the National Institute of Mental Health, 1996).



Spectrum of Interventions for Mental Health
Source: adapted from Commonwealth Department of Health & Aged Care, 2000, Mrazek and Haggerty

El tratamiento incluye la identificación de casos y la intervención propiamente dicha, el tratamiento incluye como meta reducir la probabilidad de concurrencia de otros desordenes, es decir, la comorbilidad. Se propone a reducir el tiempo de manifestación de la enfermedad, detener el progreso hacia estados de mayor severidad y prevenir la reaparición de episodios o distanciar el tiempo entre ellos (De la Fuente, Medina-Mora, & Caraveo, 1997).

El mantenimiento, se refiere a la adherencia al tratamiento de condiciones crónicas cuya meta es la reducción de las recaídas o la recurrencia de una condición crónica y el cuidado posterior que incluye el concepto de rehabilitación. Se refiere al apoyo proporcionado a aquellas personas cuyo padecimiento continúa después de la intervención inicial. Se dirigen principalmente a los casos más severos y pretenden reducir la discapacidad asociada con los problemas (A Plan for Prevention Research for the National Institute of Mental Health, 1996).

Por otro lado, tradicionalmente se distingue desde el clásico trabajo de Calan (1980, en Fernández-Ríos, 1994) tres niveles de prevención:

Tabla 4. Clasificación de las estrategias preventivas. Fuente: Offord, D. R., Benett, K. J., (2002)

CRITERIO	ESTRATEGIA PREVENTIVA	CARACTERÍSTICA
Presencia-Ausencia del trastorno	Primaria	Antes de que aparezca el trastorno
	Secundaria	El trastorno ya ha aparecido pero se interviene de inmediato
	Terciaria	El trastorno ha aparecido y se ha desarrollado
	Universal	Dirigida a toda la población

6.3 Prevención del riesgo psicosocial en adolescentes

La adolescencia implica la posibilidad de desarrollo individual hacia una vida adulta productiva, en gran medida, el futuro desarrollo económico de aquellos países depende del incremento permanente de poblaciones educadas, saludables y económicamente productivas.

Jóvenes (10 a 24 años de edad) representan 30% de la población en la Región de América Latina y el Caribe, y el porcentaje mayor está concentrado en los países más pobres. Hoy son los futuros adultos del nuevo milenio, e invertir en la juventud contribuirá a la salud general, la educación y las condiciones sociales de las presentes y futuras generaciones. De esta manera, si los gobiernos invierten ahora en salud y educación universal para sus jóvenes, cuando éstos se integren a la fuerza laboral, su productividad contribuirá al incremento significativo de la economía en su país (Maddaleno, Morello & Infante-Espínola, 2003).

Castro y Llanes (2002) mencionan que es importante promover entre los chicos factores de protección, inicialmente en adolescentes de entre 10 y 14 años, por estimarse que en esta etapa del desarrollo los cambios que suceden mantienen un gran interés de ellos, así como acerca de los que les pasa y lo que les puede pasar, lo cual constituye una oportunidad preventiva de primer orden, pues está comprobado que si los riesgos se previenen en esta etapa del desenvolvimiento, se logrará evitar daños por lamentar después.

Los riesgos psicosociales son aquellos riesgos del individuo frente al ambiente, que amenazan detener o desvirtuar el proceso de desarrollo humano de los menores y adolescentes, pues se trata de individuos en proceso de formación (Llanes, Castro, & Margain, 2003). Aunque dependiendo de la etapa del ciclo vital en la que se encuentra el individuo también depende los riesgos a los que se enfrenta, también hay que tomar en cuenta el factor temporal, los riesgos han cambiado con el tiempo y también las medidas preventivas que se adoptan, los riesgos psicosociales que enfrentan los jóvenes de ésta época, son distintos a los que se enfrentaron las generaciones anteriores.

Al hablar de riesgos psicosociales, nos referimos a las reacciones ante eventos negativos de la vida, a conductas que se clasifican como antisociales como el consumo de drogas asociado a los estilos de vida adolescente y que afectan el estado general de la salud, el sano desenvolvimiento de la sexualidad y el adecuado uso del tiempo libre. Así sin importar condición ni clase social, se difunden los modos de comportamiento riesgosos en gran parte de la población juvenil.

Algunos son riesgos menos evidentes y por eso quizá más peligrosos, porque se perciben sus efectos cuando ya se expresan en daños.

Prevenir el efecto de los factores de riesgo para que posteriormente no se conviertan en comportamientos de riesgo hace referencia a proposiciones para transformar las conductas individuales que amenazan la salud, o reforzar características personales que disminuyan la probabilidad de enfermar. Las estrategias de prevención, destinadas a individuos y grupos contingentes, deben fundamentarse sobre el conocimiento de la etiología y racionalidad de los comportamientos de riesgo. Esto, para elaborarlas sobre razones que den cuenta de la complejidad de factores que se entrelazan para determinar conductas perjudiciales para la salud. Además, para construirlas con ilustración suficiente sobre la trama de componentes, individuales y sociales, que contribuyen a configurar los comportamientos de riesgo (De Roux, 1994).

Con frecuencia se combinan causas biológicas, psicológicas, sociales y culturales, para fijar una conducta particular. Una deficiencia metabólica determinada genéticamente podría, por ejemplo, provocar un comportamiento específico. En otros casos, podrían ser los problemas de personalidad originados en la niñez temprana; y, en otro más, la presión social de un grupo como la que puede ejercer una pandilla sobre sus integrantes. El hecho es que, por lo general, un solo factor no da cuenta de un comportamiento nocivo. Los factores biológicos y ambientales interactúan permanentemente, en diferente forma e intensidad, dificultando adscribir a una causa única la etiología de un comportamiento específico.

El enfoque holístico en la prevención de los riesgos psicosociales en el adolescente

Aunque los esfuerzos programáticos del pasado se han centrado en la prevención de problemas específicos de salud, se ha demostrado que las intervenciones que se centran en una conducta concreta son menos efectivas. Los programas de enfoque holístico comienzan temprano, ofrecen oportunidades de crecimiento y desarrollo y permanecen junto a los jóvenes por un período más largo (Burt, 1998 en Munist, Santos, Klotiarenco, Suárez Ojeda, Infante, & Grotberg, 1998) Los enfoques holísticos tratan las complejas necesidades de los jóvenes de forma compasiva y con una visión positiva que incorpora a las familias, comunidades y otros servicios. Como lo señala el Instituto Nacional de Salud mental de los Estados Unidos (1996), la investigación integral en el terreno de la prevención que incluye información de las áreas como la genética, del desarrollo, epidemiológica, de la conducta y de las neurociencias, es aquella investigación que aporta resultados más confiables. Los límites entre las ciencias de la conducta y las biológicas no deben ser vistos de manera rígida y excluyente. La investigación interdisciplinaria que integra los principios y descubrimientos de las perspectivas conductual y biológica tiene una repercusión en la investigación de las intervenciones preventivas.

En el caso de América Latina los programas de ayuda al adolescente y en otras partes del mundo, la atención que reciben normalmente, si recibe alguna, se centra, con demasiada frecuencia, en comportamientos problemáticos muy específicos, cuando éstos están bien arraigados. Como los programas de prevención son relativamente raros, en su lugar se desarrollan programas de "atención terciaria", los que intentan enmendar algo que está demasiado estropeado la atención terciaria con enfoque restringido no ha demostrado ser efectiva para cambiar la vida de los adolescentes. Además, este tipo de atención tiene un elevado costo al realizarse mediante un servicio individualizado la promoción de la salud del adolescente son más eficaces cuando utilizan un marco holístico de trabajo (Barker y Fuentes, 1995 en Burt, 1998).

Cuando el programa concentra su atención sólo en reparar el síntoma, la presión subyacente causada por las condiciones de vida de los jóvenes en riesgo encuentra

otra vía de escape, la cual, quizás, llegue a constituir un nuevo comportamiento problemático.

Las intervenciones eficaces dirigidas a esa población adolescente son aquellas que pueden lograr resultados beneficiosos en cuanto a prevenir futuros problemas de salud y a promover una vida saludable y productiva.

En México se han desarrollado esfuerzos desde organizaciones gubernamentales y no gubernamentales por ofrecer a las y los adolescentes servicios de salud que satisfagan sus necesidades. La población de adolescentes escolarizados se atiende combinando los programas de salud escolar con el de adolescentes, para cambiar el paradigma de la atención fija en unidades de salud por la atención integrada (holística) desde la escuela, en donde se fijan acciones concretas desde el aula, para la detección oportuna de riesgos, más algunos daños a la salud que afectan el aprendizaje (Santos Preciado, 2003). Aún queda mucho por explorar en este terreno, pero promete ser un elemento importante en la atención primaria enfocada a los adolescentes.

Para Llanes (2003), el enfoque actual de un Modelo preventivo de Riesgos Psicosociales tienen las siguientes características:

- ✓ Tiene una visión científica, sus métodos de intervención están basados en la investigación
- ✓ Su concepto rector es la resiliencia
- ✓ Tiene un enfoque ecológico y proactivo
- ✓ Supone la integralidad en la observación
- ✓ Se dirige al fortalecimiento de las personas, las familias y las comunidades
- ✓ Establece que la prevención debe enfocarse en el desarrollo de las actitudes y habilidades de protección de los riesgos
- ✓ Debe contemplar el cambio de paradigmas, una actitud flexible y apertura al cambio.

6.4 ¿Qué incluye un programa preventivo de atención para adolescentes?

El análisis hasta aquí realizado permite concluir que la mayor parte de las causas de mortalidad y morbilidad en la fase juvenil son prevenibles. Para la prevención de daños y conductas de riesgo es necesario adoptar estrategias que combinen adecuadamente la neutralización de los factores de riesgo, los límites a las conductas fuera de control, el fortalecimiento de los factores protectores e identificar no sólo aspectos individuales negativos, sino también los rasgos personales que permiten logros, integración social, autoimagen positiva (Krauskopf, 1995).

Es fundamental referirse al rol de los factores protectores en el comportamiento juvenil riesgoso. Como hemos dicho, un foco importante se encuentra en las oportunidades para el desarrollo de destrezas y la incorporación social. (Roldán 1994 en Krauskopf, 1995) destaca tres ambientes ecológicos fundamentales en el desarrollo del niño y el adolescente: el útero materno, la familia y la escuela.

Los programas efectivos ayudan a los jóvenes a desarrollar estas habilidades por medio de métodos de enseñanza interactivos que incluyen actuaciones, discusiones abiertas, ensayo de habilidades y actividades en grupos pequeños. El contenido informativo se incorpora en el programa con base en las tareas personales, sociales y de salud de la adolescencia dentro de una cultura específica. Otros aspectos clave son los programas para la adolescencia temprana, enseñar ejemplos de habilidades por medio de pares y la interacción social, la incorporación de solución de problemas interpersonales y el desarrollo de habilidades internas que apoyen conductas externas positivas (Mangrulkar, Vince Whitman, & Posner, 2001). Los proveedores de salud deben recibir capacitación en procesos grupales, métodos interactivos de enseñanza y respeto por los adolescentes. Más importante todavía, deben ser percibidos por los adolescentes como modelos a seguir. Los proveedores de salud, consejeros, maestros, padres y líderes entre sus pares pueden cumplir estos requisitos y los programas pueden ser puestos en práctica en una variedad de escenarios, incluyendo clínicas de salud, centros comunitarios, centros juveniles, iglesias y escuelas.

6.5 Eficacia de la intervención preventiva: alcances y limitaciones.

Los programas de intervención preventiva han sido más eficaces entre los más jóvenes y cuando las formas de intervención comprenden métodos conductuales o cognitivo-conductuales (modelamiento, reforzamiento, etc.), en comparación con otras técnicas. La conclusión de estos autores es que la mayoría de los programas de prevención primaria fueron eficaces y redujeron los problemas y/o aumentaron las competencias. Además, señalan que, dado que por lo general las personas que participan en programas de prevención primaria no suelen presentar problemas y se desenvuelven en el rango de la normalidad, estos resultados son especialmente importantes, ya que no era de esperarse un cambio tan marcado. Como puntos positivos de los trabajos revisados citan el empleo de experimentos aleatorizados, la escasa mortalidad experimental y el uso de múltiples variables dependientes con las que se puede contrastar la eficacia de los programas. Entre los aspectos negativos se encontrarían haber realizados seguimientos cortos, la ausencia de detalles sobre cómo se implementa el programa y la definición vaga de los objetivos que ya se ha mencionaron antes.

Las múltiples dificultades que contienen los programas preventivos, tanto en diseño, implementación y evaluación son difíciles de evitar, en programas que por lo general se llevan a cabo en el medio natural.

La gran mayoría de los programas aplicados a niños y adolescentes han sido dirigidos a grupos de alto riesgo. La dificultad de estos estudios es la selección de factores de riesgo adecuados.

1.6.5 La diferencia de la significancia clínica y la significancia estadística.

El principal objetivo de las investigaciones es el hacer una inferencia acerca del efecto de un tratamiento en la población basado en una aplicación realizada en una muestra. Todo esto en la mayoría de las ocasiones se reduce a la significancia estadística la cual nos permite afirmar o descartar la hipótesis nula.

Esta postura de reducir el efecto de un tratamiento basado únicamente en la significancia estadística resulta arbitraria ya que para las matemáticas puras el rechazar o rebatir una situación no siempre se aplica en la realidad y el que un resultado sea estadísticamente significativo no se refiere estrictamente a que sea un resultado útil, aplicable a la realidad. Desafortunadamente se ha mal interpretado esta “no significancia” como sinónimo de no publicable.

En muchos ensayos clínicos un resultado es estadísticamente significativo si la diferencia entre los grupos podía haber ocurrido al azar solamente en menos de una ocasión entre 20. La significancia clínica no es directamente proporcional a la significancia estadística, ya que esta es más un juicio y esta es importante a medida de que se observa un beneficio para él o los usuarios.

6.6 El enfoque de las habilidades para la vida

La Organización Panamericana de la Salud ha propuesto y apoyado programas preventivos en diferentes países de América Latina (Colombia, Salvador, Nicaragua entre otros) para la promoción de la salud y prevención de conductas riesgosas en los adolescentes basados en el enfoque de las habilidades para la vida, dicho enfoque se refiere al desarrollo de habilidades en áreas específicas para fortalecer los factores protectores de un adolescente, promover la competitividad necesaria para lograr una transición saludable hacia la madurez y promover la adopción de conductas positivas (Mangrulkar, Vince Whitman, & Posner, 2001).

Los programas efectivos de su tipo ponen en práctica habilidades en asuntos relacionados con las tareas de desarrollo y del contexto social del adolescente, tal

como el desarrollo de la identidad sexual, comprensión de la presión por parte de los pares y manejo de emociones. Se ha demostrado que esto influye las conductas. Por más de una década, la investigación de intervenciones que tienen que ver con estas áreas específicas ha demostrado su efectividad para promover conductas deseables, tales como socialización, mejor comunicación, toma efectiva de decisiones, solución de conflictos y prevención de conductas negativas o de alto riesgo, tales como el uso de tabaco, alcohol u otras drogas, sexo inseguro y violencia.

El desarrollo de habilidades ha formado parte de la programación de adolescentes alrededor del mundo, ya sea dentro del desarrollo de jóvenes, formación de valores, prevención de embarazos, planificación de la vida, aprendizaje social y emocional, educación para la salud o iniciativas para la prevención del abuso de las drogas. La toma de decisiones hace ya mucho tiempo que es parte de los modelos de prevención del embarazo, las habilidades de rechazo se consideran críticas en la prevención del abuso de las drogas, y las habilidades de comunicación se han utilizado para ayudar a jóvenes agresivos o antisociales. Pero, al trasladarse hacia una programación más amplia que considera múltiples conductas y aptitudes, el enfoque de habilidades para la vida está comenzando a ser reconocido como un efectivo marco de trabajo unificador. Innovadores programas para jóvenes alrededor del mundo incorporan el desarrollo de habilidades a temas de derechos, y ciudadanía y solución creativa de conflictos (Mangrulkar, Vince Whitman, & Posner, 2001).

Basándose en la investigación sobre el campo de las habilidades sociales y teorías del desarrollo humano, se han identificado tres categorías clave:

Habilidades sociales o interpersonales, incluyendo comunicación, habilidades para negociación/rechazo, confianza, cooperación y empatía.

Habilidades cognitivas, incluyendo solución de problemas, comprensión de consecuencias, toma de decisiones, pensamiento crítico y autoevaluación.

Habilidades para el control de emociones, incluyendo el estrés, los sentimientos, el control y el monitoreo personal.

A modo de aclaración, los programas de habilidades para la vida según se definen en este documento NO abarcan habilidades técnico/vocacionales (carpintería, costura, programación de computadoras), habilidades para ayudar a una persona joven a obtener un empleo (tales como habilidades para entrevistas) o habilidades para el manejo de dinero (cómo llevar el saldo en una chequera o la apertura de una cuenta bancaria). En tanto que muchos jóvenes pueden beneficiarse con programas que desarrollan tales habilidades prácticas, se ha demostrado que las habilidades socio-cognitivas y de control de emociones representan el corazón del desarrollo humano.

El manejo de las habilidades para la vida ha sido el tema medular de programas en países de Latinoamérica los cuales se han implementado para las siguientes problemáticas en adolescentes:

- ✓ Abuso de drogas
- ✓ Jóvenes que viven en situaciones marginales
- ✓ Violencia
- ✓ Salud sexual y reproductiva

1.6.6 ¿Quién imparte este tipo de programas?

Generalmente los programas de habilidades para la vida son ofrecidos principalmente en EEUU por trabajadores sociales, consejeros, maestros, psicólogos y otros proveedores de servicios de salud.

Escenario. Han sido incorporados a programas en varios escenarios, incluyendo clínicas de salud, escuelas, hospitales, centros comunitarios y centros juveniles. Los programas de habilidades para la vida pueden ser implementados en programas participativos de jóvenes, grupos de consejería y programas de educación de pares.

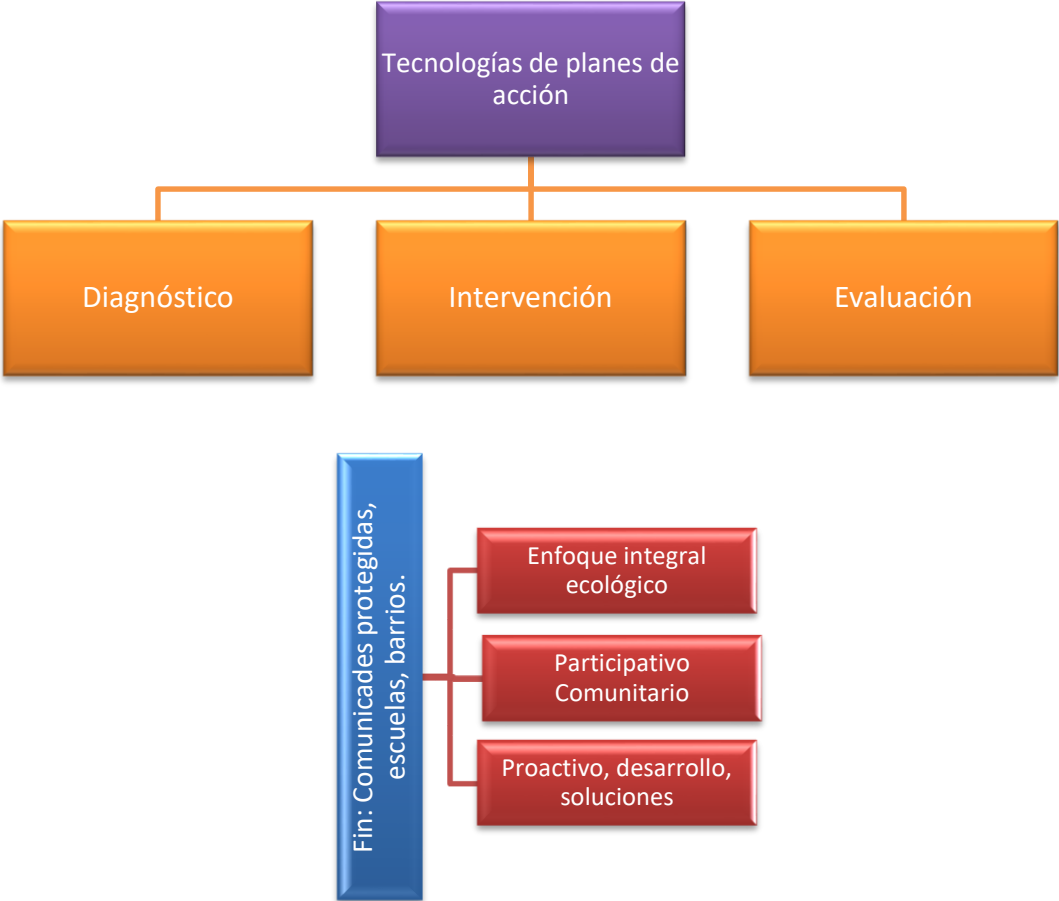
Ejemplos de programas impartidos con éste enfoque:

- ✓ Fe y Alegría en Colombia
- ✓ AIDS Action Programmed for Schools in Zimbabwe
- ✓ Curriculum 2005 in Sudáfrica
- ✓ Social Decision-Making and Problem Solving (ISA-SPS) in EUA
- ✓ Seattle Social Development Project (SSDP) in EUA
- ✓ Life Skills Training Program in EUA

Modelo Chimalli. Es un programa desarrollado en México, con un enfoque ecológico, el cual incluye a los padres, maestros y al niño o adolescente ya que está adaptado para los niveles de primaria hasta preparatoria. Se enfoca en la prevención primordial, es decir, aquella que se orienta al desarrollo humano y que es preocupación esencial del binomio familia-escuela. Tiene una aproximación integral, sus primeras versiones hicieron énfasis en los aspectos relacionados con el uso de drogas y problemas asociados a ellos, para después incorporar el concepto de desarrollo integral y orientarse a los estilos de vida adolescente que incluyen, además de los riesgos asociados al uso de las de drogas, el tabaco y el alcohol, la conducta antisocial, la sexualidad, la salud, el uso del tiempo libre y los eventos negativos de la vida. Todas estas áreas del comportamiento en las que pueden agruparse los principales factores de riesgo, capaces de interrumpir el crecimiento y desarrollo armónico de la personalidad de los jóvenes.

Su plan de acción tiene una duración limitada y previsible, cuenta también con instrumento de diagnóstico que permiten particularizar la intervención a las comunidades y grupos en los que se realiza el trabajo preventivo y ordenar las actividades en forma precisa ajustada a ese conocimiento diagnóstico.

Plan de acción del Modelo Chimalli



Fuente: inepar.edu.mx

6.7 Intervenciones breves

Debido a la alta demanda de servicios y la escasez de recursos profesionales y escenarios de servicio, se hace necesaria ampliar y flexibilizar las intervenciones psicológicas profesionales. Una alternativa costo efectiva son las intervenciones breves motivacionales de carácter grupal. Estas intervenciones se apoyan en los métodos psicoeducacionales, para sensibilizar y movilizar a los participantes hacia un cambio del comportamiento de riesgo.

Las principales características de la intervención breve involucra una atención básica que no requiere de una especialización, un ejemplo de atención breve lo tenemos en los tipos de prevención primaria, donde no es necesario que un especialista de la salud mental se enfoque en ésta, ya que puede hacerse cargo de la misma, una persona que sea entrenada para este fin (Heather, 1989). Recordemos que los programas de intervención universal están dirigidos al público en general y no se limita a un tipo de población.

Ejemplos de la efectividad de esta modalidad de intervención los tenemos en programas para fumadores y alcohólicos y aunque en muchas ocasiones se ha puesto en tela de juicio su utilidad (siendo ésta más notable en el área de los tratamientos a bebedores compulsivos). Tienen un gran potencial y una respuesta total en el campo de las adicciones, sin embargo es necesario tomar conciencia de las consecuencias de la práctica de la evidencia acumulada en las intervenciones breves y también la reevaluación de sus principales metas (Heather, 1989).

Contrario a algunos usos, los manuales de autoayuda pueden incluirse dentro de una de las medidas o elementos utilizados en la intervención breve. Se podría argumentar que una de las diferencias más interesantes entre la intervención breve y las otras modalidades más extensas de intervención es utilizar en primera instancia las capacidades de auto-dirección de los pacientes para compensar el trabajo que regularmente hacen los terapeutas en los tratamientos convencionales. Desde este punto de vista, los programas de autoayuda no son meramente un tipo de intervención breve, sino que son la representación misma de este. Sin embargo,

es posible que la incorporación de algún grado de contacto personal como agentes de cambio sea relativamente más efectiva que los procedimientos de autoayuda por si mismos; si es el caso en donde exista dicho contacto personal, es necesario investigar bajo qué condiciones se da el mismo.

Aunque los actuales métodos y procedimientos utilizados en las intervenciones breves sean muy variados, es útil hacer la diferencia entre el uso de la simple consejería y el tratamiento cognitivo-conductual condensado, este tipo de distinción fue realizado recientemente por Sánchez-Craig (1987). La consejería simple ha sido utilizada principalmente por psiquiatras interesados en las intervenciones breves, mientras que los tratamientos condensados han sido explorados por los psicólogos (Heather, 1989). Las diferencias entre estos tratamientos aún son confusas ya que la consejería simple algunas veces incluye el auto-monitoreo y otros elementos que también son parte de la aproximación conductual.

Como podemos ver, la contribución de los componentes como son los cambios conductuales y motivacionales en las intervenciones breves, es un tema de gran interés. En el presente, la investigación debe de estar enfocada en saber si la complejidad de la auto-dirección es necesaria para que ocurra un cambio, o si solo basta con dar una sencilla y constructiva consejería. La respuesta a esto debería tomar la forma de una lista de circunstancias y/o características del paciente, una que incluya consejos simples y otra que contenga propuestas de auto-dirección más formales.

En el campo del alcoholismo, las intervenciones breves han demostrado tener una interesante efectividad y se han comparado con ensayos clínicos controlados. Aquí las intervenciones breves utilizan la modalidad de los manuales de auto-ayuda, las poblaciones a las que se les ha aplicado este tipo de tratamiento es a los bebedores crónicos. Los resultados en este rubro han sido favorecedores siempre y cuando se cuente con el contacto terapéutico.

Existen razones por las cuales las aplicaciones no han sido tan exitosas y resulta que no existe el suficiente apoyo de los médicos practicantes, los cuales no toman

en cuenta preguntas que puedan tomar 1 o 2 minutos, en la historia clínica y que puedan identificar hábitos de consumo de alcohol. Esto se debe principalmente a que no consideran este tema una prioridad.

Los resultados de las diferentes aplicaciones y modalidades de intervención breve en este campo indican que es efectiva en la mayoría de los casos donde los usuarios que no buscan una atención especializada en alguna clínica, esto indica que entre más serio o crónico sea el consumo, se necesitará de una atención especializada, por lo que la intervención breve no es la mejor opción.

Las conductas problemáticas de los estudiantes en el aula es otro de los terrenos donde la intervención breve ha demostrado su efectividad, siendo útil tanto para problemas superficiales, así como en situaciones crónicas.

Ejemplos de los métodos que se utilizan para corregir dichas conductas son: Uso de tiempo fuera, manejo de contingencias, costo de respuesta, etc.

Existen programas como el denominado FORUM PROJECT (1999, 2003) y el Programa de Educación Individualizada (IEP) que han surgido de la necesidad de implementar medidas para ayudar a los estudiantes con alguna problemática principalmente en el terreno escolar.

A continuación se citan las premisas que son la base para estructurar un programa exitoso:

Evaluaciones conductuales, las cuales deben de vincularse con las intervenciones que posteriormente se puedan llevar a cabo.

Tomar en cuenta que se necesitan intervenciones múltiples para mejorar la conducta de los estudiantes. Cuando se utiliza solo una estrategia solo obtenemos resultados a corto plazo.

Para producir efectos a largo plazo las intervenciones deben de estar enfocadas no solamente a la conducta problema, sino que se deben de tomar en cuenta la serie de conductas que la rodean y la pueden determinar.

Las intervenciones deben de estar sustentadas incluyendo planes específicos de para promocionar el mantenimiento de las conductas positivas en cualquier escenario.

Se deben de incluir la educación en casa y la terapia familiar, estos componentes son uno de los pilares para el éxito de la intervención

Es recomendable que los programas que se apliquen se hagan durante las etapas más tempranas del desarrollo.

Los programas deben de tomar en cuenta las fortalezas y debilidades de los estudiantes y el ambiente donde interactúan.

Las intervenciones deben de estar enfocadas en estimular la ideación de estrategias para evitar conductas antisociales y promover las conductas prosociales.

6.8 La consejería y la prevención en los adolescentes

La consejería ha sido definida en el modelo occidental como “un proceso interactivo que involucra a un consejero profesionalmente capacitado y a un cliente, y tiene el propósito de mejorar el nivel de funcionamiento del cliente” (Faiver, Eisengart y Colonna, 2000 en Vega, Madaleno, & Mazin, 2005). En este aspecto, el consejero y el cliente trabajan en conjunto como aliados, ayudando el primero a crecer al segundo y a cambiar a través de la fijación de metas compartidas, el desarrollo de nuevas maneras de interpretar y manejar situaciones problemáticas, enseñándoles a utilizar recursos internos y externos de una manera más efectiva, para lograr más salud, bienestar y un mejor funcionamiento psicosocial. En esta tesis entendemos a la consejería como un modelo donde se puede ubicar las intervenciones breves motivacionales de corte psicoeducacional.

En adolescentes, la consejería se conceptualiza como un encuentro en donde el consejero es un facilitador de cambios de comportamiento, ayudando al joven a resolver un problema en una atmósfera comprensiva. Si bien los objetivos de las relaciones y sesiones particulares de consejería variarán según las necesidades y deseos del joven cliente, el proceso está reafirmado por un enfoque cognitivo de

comportamiento donde el consejero ayuda al cliente a entender su conducta de falta de adaptación y a reemplazarla con el aprendizaje de nuevas maneras de ser.

Para a Geldard (2004) palabra consejería en los adolescentes tiene un amplio rango de significados. La consejería en los adolescentes es generalmente comprendida por la comunidad en general y por los propios adolescentes a través de ciertas características:

Dar asesoría, lo que significa en este caso encontrar o alcanzar una decisión relevante al contexto.

Orientación, donde los jóvenes pueden experimentar mayor dificultad debido a su inmadurez o conductas, por lo que necesitan de una ayuda más centrada

Psicoterapia, en este caso es dónde se enfoca el estrés psicológico y emocional. La expectativa es que la consejería pueda dar paso a cambios en las actitudes y patrones de conducta de manera que así los adolescentes se sientan más cómodos.

Los adolescentes generalmente recurren al consejo cuando necesitan tomar decisiones muy importantes y reconocer que no cuentan con la experiencia necesaria la cual les pueda permitir tomar una buena decisión. Otros adolescentes recurren a la consejería en el caso de que tengan algún problema de tipo emocional.

Las investigaciones sugieren que aquellos adolescentes que buscan el servicio de consejería o la simple consejería, son aquellos que no se sintieron con la capacidad para utilizar sus propios recursos en su ambiente.

Los consejeros juegan un rol muy importante, estimulando y apoyando a los jóvenes a través de técnicas simples pero importantes, como escuchar con empatía mientras reflexionan en un cambio de pensamiento y de conducta. También lo puede ayudar a manejar una crisis (por ejemplo, la muerte de un miembro de la familia o la pareja, un embarazo no deseado, un diagnóstico reciente de VIH, un divorcio o ruptura de una relación, pérdida del hogar, etc.); y a desarrollar discernimiento y conocimiento personal, que lo lleve a aprender más de sí mismo, a comunicarse, a manejar la

ansiedad, el enojo, la pérdida, la ambigüedad, las emociones, a calmarse y a concentrarse cuando se encuentra bajo presión (Asociación Británica para la Consejería 1989 en Vega, Maddaleno, & Mazin, 2005).

La consejería trata con problemas que emergen en la vida cotidiana de los jóvenes, quienes frente a ellos necesitan a alguien que los escuche con empatía, que tenga información precisa sobre temas específicos como salud sexual y reproductiva y que pueda tener una actitud respetuosa sin juzgar sus preocupaciones.

A diferencia de la psicoterapia, la consejería orientada a los jóvenes no brinda la oportunidad de resolver problemas o conflictos profundamente arraigados, ni reestructurar la personalidad o cambiar situaciones clave de la vida; la consejería se centra en la necesidad de tomar una decisión específica ante una situación actual, tal como lo demanda una intervención breve (Vega, Maddaleno, & Mazin, 2005).

Desde una perspectiva de una aproximación proactiva, la consejería permite al guía o consejero conocer las necesidades del adolescente utilizando una amplia gama de habilidades y estrategias. El proceso proactivo está basado en los siguientes fundamentos:

Filosofía existencialista, la cual trata la búsqueda del significado de la vida en los seres humanos. Su visión explica que la única forma de que la vida tenga sentido es a través de las experiencias personales. Esta se relaciona con el proceso del desarrollo en los adolescentes en el sentido de que estos pueden tomar la dirección y sentido de su existencia a través de lo que ellos hacen, de sus propias experiencias. Los individuos son libres de tomar sus propias decisiones y elecciones pero además se hacen responsables de las consecuencias de los mismos (Geldard & Geldard, 2004).

Pensamiento constructivista. Converge con la filosofía existencialista solo que esta postura describe que los individuos forman constructos los cuales implican los conceptos que ellos tienen del mundo donde viven, los constructos son interpretaciones personales que no siempre pueden coincidir con la "realidad"

(Geldard & Gerdard, 2004). Esta concepción se basa en la suposición de que todas las interpretaciones personales del universo que son sujetas a revisión o sustitución.

Cualidades personales del consejero (Vega, Maddaleno, & Mazin, 2005):

- ✓ Habilidades de comunicación
- ✓ Habilidades para realizar entrevistas
- ✓ Habilidades para evaluar
- ✓ Habilidades de intervención
- ✓ Observar los códigos de ética profesional
- ✓ Conocimiento y conciencia personal
- ✓ Reflexión personal y habilidad de evaluación
- ✓ Cualidades particulares de la relación entre el consejero y el adolescente. Se refiere principalmente a la calidad de la relación entre estos dos lo que implica:
 - ✓ Empatía
 - ✓ Balance
 - ✓ Tomar en cuenta el contexto y las limitantes culturales

7 COMPONENTES DE LA INTERVENCIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL

Con base en el análisis de la demanda del CSP para adolescentes, los estudios epidemiológicos de esa población (Villatoro, estudiantes DF), y la revisión de la literatura sobre programas de prevención del riesgo psicosocial, descritos en esta tesis, nos enfocamos en el estudio y fortalecimiento de los hábitos de estudio y el rendimiento escolar, las habilidades sociales del adolescente y los procesos de la autoestima.

7.1 Hábitos de estudio y rendimiento académico

Un campo sustancial de intervención breve y consejería es el de los Habilidades de Estudio y Rendimiento Académico. Desde una perspectiva psicosocial, el campo del Rendimiento Académico, puede verse como indicador de un correcto funcionamiento y donde se llega a observar primero, las dificultades del ajuste del adolescente en su proceso de cambio. En estudios epidemiológicos recientes se observa el factor protector de un Rendimiento Académico apropiado. De esta manera nos interesa vigilar, evaluar e incidir en el Rendimiento Académico como una vía principal del riesgo psicosocial.

Al momento de buscar las causas del bajo rendimiento escolar se apunta hacia los programas de estudio, la masificación de las aulas, la falta de recursos de las instituciones y raras veces al papel de los padres y su actitud de creer que su responsabilidad acaba donde empieza la de los maestros. Por su parte, los profesores en la búsqueda de solución al problema se preocupan por desarrollar un tipo particular de motivación de sus estudiantes, “la motivación para aprender”, la cual consta de muchos elementos, entre los que se incluyen: la planeación, concentración en la meta, conciencia metacognoscitiva de lo que se pretende aprender y cómo se pretende aprenderlo, búsqueda activa de nueva información, percepciones claras de la retroalimentación, elogio y satisfacción por el logro y ninguna ansiedad o temor al fracaso (Johnson y Johnson, 1985).

El éxito escolar, de acuerdo con la percepción de Redondo (1997), requiere de un alto grado de adhesión a los fines, los medios y los valores de la institución educativa, que probablemente no todos los estudiantes presentan.

Sería excelente que todos los alumnos llegaran a la escuela con mucha motivación para aprender, pero no es así, incluso si tal fuera el caso, algunos alumnos aún podrían encontrar aburrida o irrelevante la actividad escolar. Asimismo, el docente en primera instancia debe considerar cómo lograr que los estudiantes participen de manera activa en el trabajo de la clase, es decir, que generen un estado de motivación para aprender; por otra parte pensar en cómo desarrollar en los alumnos la cualidad de estar motivados para aprender de modo que sean capaces “de educarse a sí mismos a lo largo de su vida” (Bandura, 1993) y finalmente que los alumnos participen cognoscitivamente, en otras palabras, que piensen a fondo acerca de qué quieren estudiar.

1.7.1 Definición de rendimiento académico

El rendimiento académico se considera sinónimo de rendimiento escolar y de aprovechamiento escolar y se ha considerado que el proceso educativo tiene influencia en él (Aguilar y Cruz, 2001); sin embargo, debemos considerar otros factores que inciden y que tienen repercusiones importantes de tipo psicológico, sociológico, pedagógico e institucional que influyen en el mismo (Figuroa, 2001).

Se ha considerado el rendimiento académico a los resultados de aprendizaje de los alumnos, asociados con el proceso de enseñanza-aprendizaje (Figuroa, 2001)

Larrañaga en 1984 (en Aguilar & Cruz, 2001), define al rendimiento escolar como el “desarrollo biopsíquico, social y cultural del educando, logrado en la escuela en un tiempo determinado”, lo cual indica el desarrollo de las muchas potencialidades con las que cuenta el educando en un ambiente adecuado a sus necesidades y con un límite de tiempo.

2.7.1 Evaluación del rendimiento escolar

La evaluación del rendimiento escolar se le considera como la recopilación de datos acerca de los conocimientos adquiridos, mediante el proceso de enseñanza-aprendizaje que sirven para determinar las calificaciones del aprovechamiento (Aguilar & Cruz, 2001).

Algunos autores consideran que el rendimiento académico no es únicamente el resultado obtenido en una calificación que tiene como fin medir los conocimientos que se adquieren en los programas escolares en dicho resultado están inmersos otros factores a parte de la influencia de los procesos de enseñanza-aprendizaje y la institución misma, Camarena y Gómez, 1986 (en Aguilar y Cruz, 2001).

- ✓ Que los alumnos trabajen además de estudiar.
- ✓ Falta de objetividad en la evaluación.
- ✓ Reflexión personal y habilidad de evaluación
- ✓ Fenómenos económicos, sociales, políticos y afectivos en los que se desarrolla el educando en el momento de la evaluación.

Los problemas de aprendizaje son múltiples se deben a circunstancias físicas, psicológicas o sociales. De hecho al considerar que un alumno tiene problemas en el aprendizaje se debe considerar el contexto en el que esté involucrado, ya que de ahí se podrán observar las causas a las que se debe dicha problemática ya que el hecho de que un alumno repita un grado se traduce a una carga económica extra en las escuelas y limitación de la potencialidad de la fuerza de trabajo en la vida adulta.

Los factores relacionados a los problemas de aprendizaje se clasifican en las siguientes categorías generales:

Variables psicológicas: ligadas a la persona como la inteligencia, la personalidad, el autoconcepto etcétera...

Variables sociológicas: vinculadas con el ambiente extraescolar, de tipo cultural, la familia, socioeconómico etcétera...

Variables didácticas: relacionadas con el ambiente escolar, como el clima del aula, los métodos de enseñanza y las formas de evaluación del rendimiento escolar (Vazques, 1991, en Figueroa, 2001)

México continúa con la evaluación tradicional y una calificación determina el rendimiento académico de un alumno. Sin embargo se deben considerar los factores que influyen en este rendimiento y observar de qué manera inciden sobre los adolescentes para que estos desarrollen al máximo sus potencialidades (Aguilar y Cruz, 2001).

3.7.1 Factores que determinan la eficacia escolar

En la actualidad son varios los estudios que presentan los factores que tienen mayor incidencia sobre el rendimiento académico de los alumnos (Heneveld y Craig, 1996; Sammons, Hilíman y Mortimore, 1995). Aunque tales modelos pretenden ser generales, en el sentido de que podrían aplicarse tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados, los autores coinciden en dos advertencias fundamentales. En primer lugar, que los diferentes factores no deben verse como independientes el uno del otro, sino que, por el contrario, éstos se condicionan y retroalimentan mutuamente. En segundo lugar, que la combinación de características, y la forma cómo interactúan, dependen del contexto (institucional, cultural, social y político) en que operan las escuelas.

4.7.1 Definición de hábitos de estudio

Por hábito entendemos la forma de reacción adquirida que se obtienen por largos y constantes prácticas a un mismo ejercicio, poniendo atención concentrada, donde interviene el entendimiento con el propósito de adquirir conocimiento de un tema, situación o evento.

Se define hábito de estudio, como la acción fluida, efectiva y eficiente del acto de estudiar, sobre la base de la estructura cognoscitiva que se tienen y que conducirá a la obtención de determinadas metas (Barona, 2003). Es decir, los hábitos de estudio son los recursos adquiridos por los estudiantes, a través de constantes y

largas prácticas de un mismo ejercicio, con la finalidad de adquirir conocimiento de un tema, situación o evento (García, 1991, en Castillo, 2001)

Tanto psicólogos como pedagogos se han preocupado desde hace varias décadas, por la forma que adoptan los estudiantes para estudiar y, consecuentemente, por diseñar métodos para mejorar su calidad. El estudiante debe “aprender a aprender”, en el sentido de que el joven participe activamente en el desarrollo de estrategias cognitivas para la comprensión, el razonamiento, la solución de problemas, etc. a través de procedimientos que le permitan lograr los objetivos que pretenden alcanzar (Matamoros, 1994, en Magaña, 1996). También para Aguilar & Cruz (2001), el proceso de creación de los hábitos y técnicas de estudio involucra además de la riqueza y diversidad de las materias a estudiar, la actividad de los alumnos y su actitud hacia las materias con las que tiene contacto, situación que determina no sólo el comportamiento del alumno, sino sus defectos sobre el aprendizaje mismo.

Para Rojas y Quesada (1992, en Magaña, 1996) los estudiantes logran un aprendizaje significativo cuando desarrollan estrategias de aprendizaje adecuadas.

Todo hábito incluye una serie de operaciones procedimientos indispensables, para llevarlo a la práctica, siendo muy importante empezar los ejercicios con tareas más sencillas, a medida que éstas se han aprendido y ejecutado, se debe pasar a otras más complicadas, la repetición de las acciones no debe ser mecánica la comprensión de lo que es esencial y secundario de las operaciones, y tareas, es indispensable ya que de esa manera se puede adquirir el hábito que se ha propuesto (Quintero, 1973, en Barona, 2003)

Los términos de hábitos de estudio han tenido una infinidad de concepciones, también conocido como estrategias de aprendizaje o estrategias cognitivas algunos autores lo definen de esta forma:

Weinstein y Mayer (1996) señalan a las estrategias de aprendizaje como conductas y pensamientos que un aprendiz emplea durante el aprendizaje y que intenta influir en los procesos de codificación del aprendizaje, al grado de mejorar la integración

recuperación del conocimiento a través de planes organizados de acción diseñados para alcanzar una meta.

Muria (1994) indica que las estrategias de aprendizaje son actividades físicas (o mejor dicho conductas, operacionales) y actividades mentales (pensamientos, ideas, procesos cognoscitivos) que se llevan a cabo con un propósito cognoscitivo determinado, resolver un problema o facilitar la asimilación de la información.

Monereo (1990) las define como comportamientos planificados que seleccionan y organizan mecanismos cognoscitivos, afectivos y motrices con el fin de enfrentarse a situaciones-problema, globales o específicas, de aprendizaje.

Cómo elemento principal y secuencial de las definiciones anteriores se entiende que las estrategias de aprendizaje tienen elementos en común, hablan de comportamientos o actividades que generalmente son planificadas, por medio de procesos de codificación y cuya meta es la solución de metas académicas.

Conductas de estudio

Son aquellas que van a permitir al alumno obtener un mejor rendimiento académico (Barona, 2003) y que de estas se derivan las técnicas de estudio como son:

- ✓ Lectura
- ✓ Tomar Notas
- ✓ Lectura subrayada
- ✓ Técnicas de Autocontrol.
- ✓ Autoregistro.
- ✓ Autoreforzamiento
- ✓ Contrato conductual
- ✓ Consejo

5.7.1 Técnicas de estudio

Los hábitos y técnicas de estudio se describen entre una amplia gama de posibilidades, de tal manera que la literatura sobre este tema enfatiza los más significativos y por lo mismo los más eficaces.

Brown y Holtzman (1974, en Magaña, 1996) formulan que la organización para el estudio es un elemento clave en la formación de hábitos y el empleo de técnicas. Entre los hábitos más importantes tenemos:

Administración eficiente del tiempo a través de delimitación de horarios de estudio.

Análisis del ambiente donde se estudia, tomando en cuenta tres factores:

Distracciones auditivas, distracciones visuales y la desorganización, ésta última contemplando áreas de trabajo y herramientas de estudio.

En relación a las técnicas de estudio eficaces contemplan las siguientes:

- ✓ Lectura significativa
- ✓ Toma de apuntes
- ✓ Elaboración de exámenes
- ✓ Técnicas de Memoria y olvido
- ✓ Redacción y localización de fuentes de información

El rendimiento escolar de los alumnos manifiesta en el tipo de recursos con que cuentan los estudiantes. Es a estos recursos a lo que se conoce como hábitos de estudio, estrategias de aprendizaje o estrategias cognoscitivas. Se han llevado a cabo numerosas investigaciones sobre los factores determinantes del rendimiento escolar como son: la familia, la motivación, la situación económica, una inadecuada orientación vocacional, entre otros; a continuación mencionaremos distintas investigaciones de autores que hacen énfasis sobre los hábitos de estudio como factor determinante para el rendimiento académico (Barona, 2003).

6.7.1 Factores que favorecen el desarrollo de los hábitos de estudio

El factor fundamental para el desarrollo del hábito de estudio, es la percepción simultánea de la situación de estudiar y el significado del hecho mismo; existiendo otros factores no menos importantes el Dr. William F. Brown considera en la efectividad del estudio (Barona, 2003):

- ✓ La motivación
- ✓ La comprensión de lectura
- ✓ El tiempo dedicado a estudiar
- ✓ La concentración
- ✓ La memoria
- ✓ Tomar apuntes
- ✓ Las relaciones interpersonales

7.7.1 Técnicas de Estudio relacionadas con las conductas de estudio

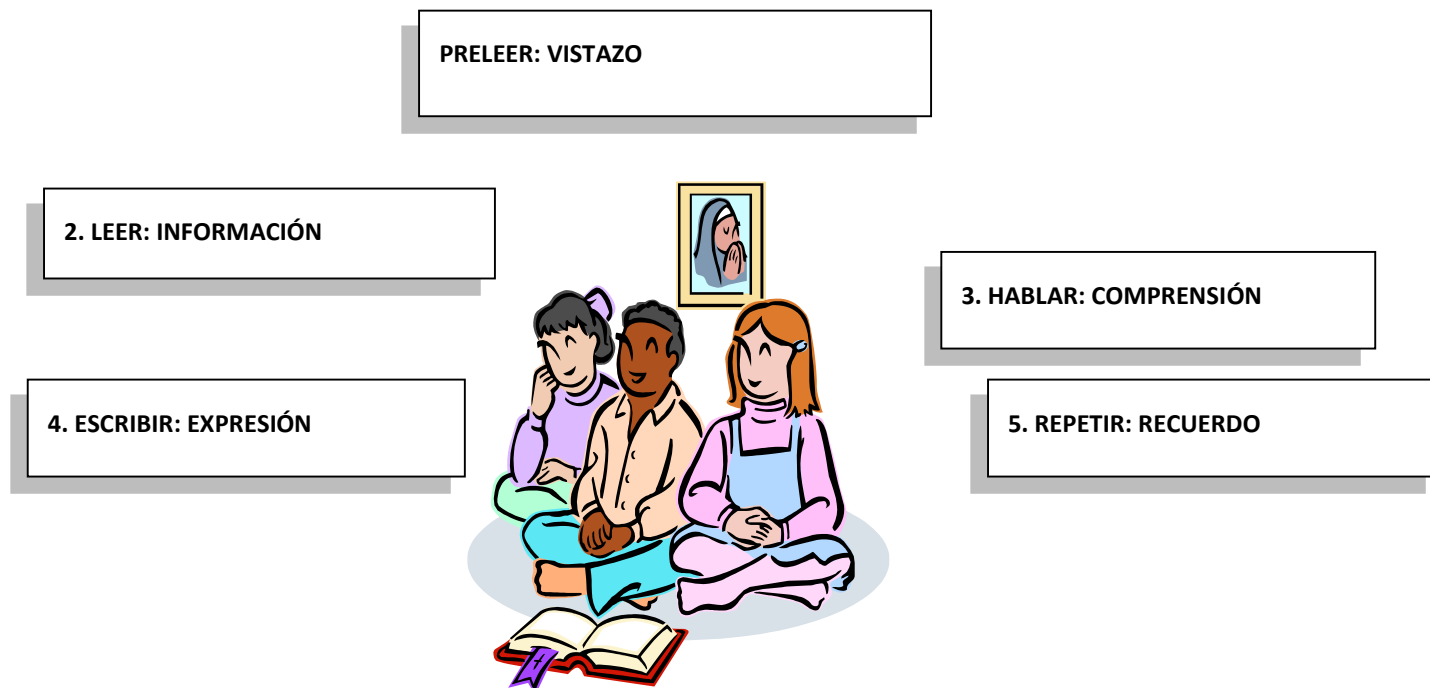
En lo que respecta a la lectura, se ha estudiado el método de lectura PQRST (Preview, Question, Read, Speak, Test) método con probada efectividad para mejorar la comprensión de la lectura. Este método fue desarrollado por Thomas Staton que es similar al del profesor Francis P. Robinson en 1964, SQR3 (Survey, Question, Read, Recite, Review) tal sistema fue creado por su sistema consiste en 5 pasos que llevan a que el estudiante tenga una lectura significativa. Este método presenta las siguientes ventajas:

- ✓ Aprender la información que se pide en los cursos escolares
- ✓ Combatir el olvido
- ✓ Organizar la información

Basándonos en el PQRST (García-Huidobro, Gutierrez, & Condemarín, 1999), se tomó como base éste método de estudio el cual han sido adaptados a la aulas

latinoamericanas, donde el profesor exponen los contenido y el alumno recoge la información, la ejercita y la aplica. Los pasos de éste método son

ESQUEMA DEL MÉTODO DE ESTUDIO



Fuente: García-Huidobro, Gutiérrez y Condemarín, 1999

8.7.1 Los hábitos de estudio y su relación con el rendimiento académico

Para proporcionar alternativas viables con base en programas de apoyo al aprendizaje, se han realizado investigaciones las cuales tienen como objetivo establecer la influencia de los hábitos de estudio en el rendimiento académico principalmente de los adolescentes. Existe desacuerdo en la literatura a cerca de dicha influencia, sin embargo, se han observado aunque no en su conjunto, pero de manera individual la influencia en mayor proporción de uno o más hábitos con el rendimiento académico, a continuación citaremos algunos casos.

Con respecto al tiempo total de estudio y el rendimiento se tienen diferentes impresiones sobre su relación. Al hablar del tiempo dedicado al estudio se contemplan las actividades dedicadas a estudiar cómo pueden ser el organizar el

material de estudio, revisar el material de estudio, repasar el material de estudio, tiempo gastado e leer (Pantoja, Arce, García, 1988; en Magaña 1996).

Capella, Wagner y Kusmierz (1982, en Magaña, 1996), examinaron la relación entre la conducta de estudio y el promedio de calificación en una muestra de 100 jóvenes. Se utilizó como instrumento la Escala de Hábitos y actitudes hacia el Estudio (Brown y Hotzman, 1967). Se encontró una alta correlación, como se había predicho entre la conducta de estudio y el rendimiento académico, concluyen diciendo que la conducta de estudio es un elemento complejo e integral en el estudiante para con el rendimiento académico.

En relación a ciertos factores que influyen en el rendimiento académico de los estudiantes, García (1989, en Magaña, 1996) determina que ciertos factores de tipo pedagógico son de suma importancia y que se caracterizan por el dominio de aquellos aprendizajes que son instrumentales y básicos para las distintas áreas del conocimiento y asimilación de los diferentes contenidos escolares, como es:

- ✓ El uso de Técnicas de estudio
- ✓ Los hábitos de estudio
- ✓ Todo aquello comprendido en una metodología de estudio.

Otra variable importante en relación con el rendimiento ha sido el tiempo de estudio (tanto la hora como la duración del tiempo de estudio), tanto la frecuencia y continuidad en el trabajo crea el hábito de estudio.

Tanto Dickson y O'Connell (1990, en Magaña, 1996) también se interesaron por investigar la relación entre el tiempo de estudio y las calificaciones de un grupo de 113 graduados durante un año de curso. Las actividades medidas fueron la lectura, el repaso y la organización de los apuntes y trabajo escolar en general. Encontraron que el tiempo usado en la organización tuvo una fuerte relación con el rendimiento académico, más que el tiempo total de estudio y el tiempo en leer y repasar, sin embargo estos autores sugerían que había que esas conductas de estudio son usadas más seguido y cuáles pueden ser más efectivas como hábitos indispensables para el buen desempeño académico.

En otra investigación realizada en 1992 por Martínez-Guerrero y Sánchez Sosa (Castillo, 2001) donde aplicaron un Cuestionario de Actividades de Estudio (CEA) que constituye un inventario de diagnóstico de estrategias de aprendizaje y estudio involucradas en las actividades académicas del alumno dentro y fuera de clases además de una prueba de comprensión de lectura sobre temas académicos. En dicha investigación participaron 1,893 alumnos de bachillerato entre los 15 y 18 años de la zona metropolitana.

Los resultados revelaron varias actividades de estudio que predicen confiablemente el desempeño académico de los alumnos. Entre dichas actividades tenemos que las habilidades de comprensión de lectura tienen el mayor peso. Además de identificar estrategias específicas tales como: programar actividades de estudio, darle una articulación ordenada y secuenciada a los temas que se estudian, repasar sistemáticamente los temas usando un criterio común (Castillo, 2001).

Hay que recordar que aunque no se niega la importancia de las técnicas y métodos de estudio como se manejan en los manuales, no se niega la importancia que los mismos manuales les den a los siguientes puntos: motivación atención, organización del tiempo para estudiar, etc., pero si es claro que al darle tácticas en abstracto y fuera del contexto social y del conocimiento de las aptitudes, intereses del estudiante, el que el alumno aprenda a elaborar notas y a subrayar, le sirve muy poco si no comprende, que en esa misma actividad está desarrollando su capacidad de observación y a escuchar activamente entre otros que al mismo tiempo están llevando procesos analíticos, sintácticos en su pensamiento, comparar y a extraer lo más importante de lo no importante (Barona, 2003).

7.2 Habilidades sociales

1.7.2 Establecimiento de un modelo de habilidades sociales

La niñez es sin duda un período crítico para aprender habilidades sociales. Se ha hablado de que los niños pueden nacer con un sesgo temperamental y que su manifestación conductual se relacionará con un sesgo fisiológico, heredado que podría mediar la forma de responder. De este modo, las primeras experiencias de

aprendizaje podrían interaccionar con predisposiciones biológicas para determinar ciertos patrones relativamente consistentes de funcionamiento social, en por lo menos, algunos adolescentes y en, al menos, una parte significativa de su infancia (Morrison, 1990; citado en Caballo, 1993). Buck (1991) considera que el temperamento determina la naturaleza del ambiente socioemocional y, de esta manera determina también la facilidad para el aprendizaje; el individuo emocionalmente expresivo tiende a crear para él un ambiente social y emocionalmente más rico. El niño expresivo proporciona más información a los demás sobre su estado emocional-motivacional, obteniendo más retroalimentación de los demás. Esto a su vez, facilitará el desarrollo de las habilidades sociales y fomentará la competencia social en él (Buck, 1991; citado en Caballo, 1993).

Las habilidades sociales se suelen adquirir con la experiencia profesional. Incluso hay quien piensa que éstas se desarrollarán o no en función de características personales, es decir que sólo la poseen aquellas personas que por naturaleza son simpáticas, agradables, tienen buen humor, etc. Por lo que su aprendizaje, con frecuencia, se deja en manos del azar o de la idiosincrasia personal.

Las habilidades sociales no son una característica de la persona, sino de la conducta de ésta, y que como cualquier otro comportamiento son susceptibles la aprendizaje.

2.7.2 Concepto de habilidades sociales

Furnham (1992) con habilidades sociales hace referencia a las capacidades o aptitudes empleadas por un individuo cuando interactúa con otras personas en un nivel interpersonal. Otros autores y teorías la definen como:

Desde un punto de vista conductista, para Libert y Lewinsohn (1973), las habilidades sociales son “las capacidades para ejecutar una conducta que refuerce positivamente a otros o evite que seamos castigados por los otros”.

Secord y Backman (1976), desde la teoría psicosocial, lo define como “la capacidad de jugar el rol, es decir, de cumplir fielmente con las expectativas que los otros tienen respecto a mí como ocupante de un estatus en la situación dada”.

Desde una visión clínica, para Hersen y Bellack (1977) es “la capacidad de expresar interpersonalmente sentimientos positivos y negativos sin que dé como resultado una pérdida de reforzamiento social”.

Phillips (1978), desde una orientación intencionalista, señala “la medida en que una persona puede comunicarse con otros de una manera que asegure los propios derechos, requerimientos, satisfacciones u obligaciones, en un grado razonable, sin afectar a los derechos similares de las otras personas”.

Desde una perspectiva interaccionista, para Blanco (1982) es “la capacidad que el individuo posee de percibir, entender, descifrar y responder a los estímulos sociales en general, especialmente a aquellos que provienen del comportamiento de los demás”

Por último, García-Sáiz y Gil (1992) 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” (Gil, León; 1998)

De todo lo mencionado anteriormente se desprende 4 características que delimitan el concepto. Primero, su carácter aprendido. Segundo, la conciencia de complementariedad e interdependencia de la habilidad social. Tercero, el hecho de que el desempeño de las habilidades sociales requiere no solo la adaptabilidad de sus componentes a la situación social, sino que además los objetivos que se persiguen son comprensibles únicamente en situaciones sociales específicas. Cuarto, la habilidad social es considerada como sinónimo de eficacia del comportamiento interpersonal.

Otra característica común en la mayoría de las definiciones de habilidades sociales, es la introducción de los conceptos de “expresión” y/o “refuerzo”. La gente tiene que

expresar sus sentimientos; qué expresar, cómo hacerlo o cuándo hacerlo son calificativos que determinan la utilidad del concepto “expresión”.

La conducta es evaluada como habilidosa, decir chistes; o antisocial, por ejemplo la agresión física; y ambas pueden ser de hecho reforzadas. Esta conducta habilidosa implica tres componentes de habilidades sociales: conductual (el tipo de habilidad), personal (contexto interpersonal con quien tiene lugar) y situacional (el contexto ambiental).

Entre las definiciones de habilidades sociales que involucran estos componentes esta la propuesta por Caballo (1987), en la que menciona “la conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que normalmente resuelve los problemas más inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas”.

Otra definición de la habilidad social podría ser “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” (Ríos, 2002).

En cuanto a los componentes de las habilidades sociales, tradicionalmente se ha establecido la distinción entre elementos conductuales, cognitivos y psicofisiológicos, aunque claro, estos últimos han sido poco estudiados.

Ahora bien, los déficits en habilidades sociales sean causa o efecto, o un proceso concurrente a la aparición de un trastorno psicológico, siempre serán objeto de intervención, pues ya sea como factor causal, de predisposición, concurrente o aumentador del trastorno, tales déficit se convierten en uno de los objetivos básicos del tratamiento (Caballo, 1993), siendo necesario determinar los procesos y mecanismos implicados en la adquisición de dichas habilidades para así poder explicar, el porqué de la incompetencia social. Por otro lado, la competencia social

será entendida como la eficiencia de la ejecución y la habilidad social como los procesos y capacidades subyacentes a dicha ejecución.

3.7.2 Desarrollo de las habilidades sociales

Los años de la adolescencia representan una época muy desafiante, ya que las relaciones con los padres, los pares y otras personas se hacen muy complejas. Las interacciones sociales efectivas son un factor crítico para funcionar exitosamente en el hogar, en la escuela y en el trabajo.

Una perspectiva de las habilidades sociales, que las enlaza directamente con los resultados de la conducta, es el modelo de déficit de habilidades. Este modelo presenta la hipótesis de que los niños que no desarrollan habilidades para interactuar de una manera socialmente aceptable temprano en la vida son rechazados por sus pares, y se enfrascan en conductas poco saludables (violencia, abuso del alcohol y otras drogas, etc.). Uno de los mejores pronosticadores de los delincuentes crónicos y de la violencia en la adolescencia es la conducta antisocial en la niñez (Pepler y Slaby, 1994). La investigación también indica que cerca de la mitad de los niños jóvenes que se ven rechazados por sus pares no tienen déficit social sino más bien un alto grado de agresividad aprendido en casa (Patterson, 1986). Estos niños tienen la tendencia a responder al rechazo de sus pares con agresión, iniciando un ciclo de comportamiento agresivo y de agresión a sus pares que va en aumento conforme estos niños crecen (Bierman y Montimy, 1993). Los jóvenes que carecen de habilidades sociales pueden formar bandas, reforzando de esta manera el aislamiento de sus pares y sus conductas insalubres. De esta forma, los niños que no aprenden a compartir sus juguetes, sonreír a sus compañeros y turnarse durante el juego en la edad preescolar pueden encontrarse involucrados en un grupo definido por los pleitos y el abuso de alcohol y otras drogas durante la adolescencia. Desde una perspectiva de prevención y promoción de la salud, la investigación apoya el desarrollo de habilidades, incluyendo la comunicación aserción, rechazo y negociación.

En el campo del abuso de sustancias, los programas de prevención se han enfocado en el entrenamiento asertivo y en las estrategias de comunicación para el rechazo y la negociación, combinado con habilidades para la solución de problemas, y la toma de decisiones y las técnicas de relajación (Botvin y cols., 1998 y Hansen, 1992).

En el área de prevención de conductas sexuales de alto riesgo, las intervenciones han combinado el conocimiento basado en la educación con la capacitación en habilidades sociales, incluyendo la enseñanza de la negociación y el rechazo para producir cambios, y la conducta anticonceptiva de los adolescentes (Nangle y Hansen, 1993). En la investigación se ha determinado que los problemas relacionados con la actividad sexual del adolescente (poco uso de anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual y embarazo de adolescentes) están asociados con la falta de habilidades de comunicación, habilidades de aserción y habilidades para la solución de problemas.

Muchos programas de solución de conflictos y prevención de la violencia están dirigidos hacia el desarrollo de habilidades sociales y el conocimiento de alternativas a la violencia. El proyecto Programa de Resolución de Conflictos Creativamente (PRCC) está dirigido a “las habilidades para la solución de conflictos y la comunicación para reducir el conflicto, incluyendo: actividades de atención, expresión de sentimientos, toma de perspectivas, negociación y enfrentamiento de prejuicios” (Sadowski, 1998). “La capacitación en habilidades sociales se enfoca en mejorar las habilidades sociales positivas, con las cuales se controlan los inevitables desacuerdos sociales y conflictos. Conforme ellos emplean estas habilidades, se reduce la ira por medio de mejor comunicación, y las consecuencias de la ira no controlada, por lo tanto, disminuyen.” (Deffenbacher y cols., 1996).

La toma de perspectiva y la empatía son dos habilidades sociales críticas. En tanto que la investigación defiende la idea de que la conciencia social de los niños se inicia desde una perspectiva egocéntrica, también se ha establecido que aun los niños pequeños tienen conciencia de los sentimientos de los demás y, a menudo, responden a la preocupación de otros basados en su nivel de entendimiento de la

empatía. En los programas sobre la prevención de la violencia se ha enseñado con éxito las habilidades específicas que unen las habilidades de toma de perspectiva y empatía con conductas apropiadas. Los jóvenes muestran un mayor desarrollo de las habilidades para identificar y relacionarse con los sentimientos de otra persona si un modelo de la vida real muestra empatía en una situación de aflicción (Feshbach, 1982, Shure y Spivack, 1988). Guiar a los niños a practicar estas respuestas de empatía durante condiciones de conflicto puede desarrollar hábitos de pensamiento y sentimientos acerca de las perspectivas de otras personas y sus sentimientos, y puede ayudarles a encontrar soluciones no violentas en vez de recurrir a la agresión (Slaby y Guerra, 1998).

4.7.2 Los componentes de las habilidades sociales que se deben entrenar

Las habilidades sociales, al tratarse de comportamientos que las personas muestran en situaciones de interacción social, constituyen respuestas específicas a las exigencias que plantean las situaciones, lo que hace necesario desarrollar en las personas repertorios flexibles y variados de conductas sociales, en vez de patrones rígidos y uniformes. (García-Sáiz y Gil, 1995).

Los comportamientos sociales constan de distintos componentes motores, cognitivos y psicofisiológicos y en los entrenamientos se deben tratar todos estos componentes. El componente motor de una habilidad es su ejecución; cómo se hace, qué movimientos o verbalizaciones trae consigo. El componente cognitivo de un comportamiento social es lo que se piensa. Y el componente psicofisiológico se refiere a las respuestas emocionales que acompañan a las conductas sociales; la emoción de ponerse nervioso o alterarse.

Entrenar en Habilidades Sociales resulta importante, ya que las conductas que manifiesta una persona en una situación de interacción social están orientadas a conseguir determinados objetivos, es decir, que en caso de ser las adecuadas, le permitirán obtener las consecuencias deseadas pero, en caso de no serlo, la persona habrá de soportar tanto las consecuencias negativas de la no consecución

de sus objetivos, como aquellas derivadas del malestar que suelen provocar en los demás las conductas socialmente poco hábiles. Todo esto justifica la necesidad de su entrenamiento.

Este es precisamente el criterio fundamental para decidir si las conductas sociales son o no adecuadas. Cuando las consecuencias de las conductas que muestra una persona son positivas, es decir, resultan deseables, agradables y satisfactorias para esa persona (y para quienes le rodean), entonces se puede decir, en términos generales, que esas conductas son adecuadas.

5.7.2 Características del entrenamiento en habilidades sociales

. Un entrenamiento en habilidades sociales es un procedimiento de intervención que integra un conjunto de técnicas derivadas de las teorías del aprendizaje social, de la psicología social, de la terapia de conducta y de la modificación de conducta, y que se aplica para que las personas adquieran habilidades que les permitan mantener interacciones más satisfactorias en las diferentes áreas sociales de su vida. Así, los resultados obtenidos con cada entrenamiento dependen también de las condiciones de aplicación. Las consecuencias de los comportamientos sociales adecuados aumentan la probabilidad de aparición de algo agradable, o bien, aumentan la probabilidad de que desaparezca algo desagradable, siendo ambos casos consecuencias positivas.

Los comportamientos sociales adecuados se mantienen o trascienden a otras situaciones porque, como consecuencia de su aparición, la persona ha obtenido consecuencias positivas. En tales casos, la probabilidad de aparición de esa conducta social tenderá a incrementarse, y se dice que está siendo reforzada.

Las situaciones, sucesos o respuestas que aparecen relacionados con la conducta son llamados reforzadores. Los reforzadores cuya aparición incrementa la posibilidad futura de los comportamientos sociales se denominan reforzadores positivos.

Las habilidades sociales, al igual que otras destrezas, pueden aprenderse. Del mismo modo que las personas aprenden a conducir un coche adecuadamente, muchas personas necesitan aprender o perfeccionar su conducción en el siempre difícil terreno de las interacciones con los demás.

6.7.2 El entrenamiento de habilidades aplicado en grupo

Es un hecho demostrado que, en la mayoría de los casos, la aplicación en grupo de las técnicas utilizadas en los entrenamientos de habilidades sociales conlleva una serie de ventajas frente a su aplicación individual, convirtiéndose en la modalidad preferente (Mueser, 1989). Una primera ventaja reside en el hecho de que son más rentables al aprovechar mejor los recursos humanos y materiales necesarios. Una segunda ventaja, es que con frecuencia, son más eficaces, debido posiblemente a los múltiples efectos que la participación en el grupo tiene sobre sus miembros, tanto durante el entrenamiento, como después.

El grupo es un escenario natural donde aprender, practicar, perfeccionar y generalizar las habilidades

- ✓ El grupo sirve de contexto de comparación social
- ✓ El grupo es un contexto de ayuda y apoyo mutuo
- ✓ El grupo es un contexto donde aprender habilidades sociales esenciales

Es importante señalar que en algunas ocasiones el entrenamiento en habilidades sociales se ha combinado con otras técnicas cognitivo-conductuales, tales como la relajación, las técnicas de solución de problemas, ya que, con frecuencia, es necesario afrontar los factores que interfieren en la exhibición de las conductas adecuadas, tales como la ansiedad, las percepciones distorsionadas, los pensamientos irracionales o el déficit en la capacidad de analizar situaciones sociales. Es más, existen datos empíricos que demuestran que la aplicación de estas técnicas incrementan la eficacia de los entrenamientos (Caballo, 1988).

7.7.2 Evaluación de las habilidades sociales

La calidad de las relaciones interpersonales es un ingrediente esencial en la efectividad del funcionamiento humano, de hecho, las personas pasan la mayor parte de su tiempo estableciendo relaciones.

Existen muchas investigaciones sobre entrenamiento de habilidades sociales que han demostrado su eficacia en la disminución del trastorno conductual, por ejemplo en conductas adictivas tales como alcoholismo, drogadicción y tabaquismo; o a la delincuencia, problemas de pareja o agresividad.

En nuestro país, el campo de las habilidades sociales ha comenzado a cobrar interés, principalmente en niños y adolescentes; sin embargo, la investigación ha estado dirigida hacia los problemas de conducta ya presentes. Así se ha trabajado más en la labor correctiva que en la prevención.

La prevención de trastorno conductuales en niños y adolescentes es una necesidad en nuestro país, debido a los índices de vandalismo, delincuencia, drogadicción, por mencionar sólo algunos. Dicha prevención puede ser conducida en los niveles primarios y secundarios. En el nivel primario, la intervención debería estar presente antes de que los indicadores de alteración conductual se manifiesten. Este aspecto es especialmente importante en aquellas poblaciones de alto riesgo ambiental, como lo son los niños y adolescentes, quienes por estar en proceso de desarrollo son potencialmente más susceptibles de aprender un comportamiento desadaptado respecto a las normas sociales.

Ambos tipos de prevención se conducen mediante la intervención formativa, en la que se entrenan como medio alternativo a la deficiencia que se pretende prevenir. El trabajo preventivo de problemas que aquejan a los adolescentes, se lleva a cabo mediante el entrenamiento de habilidades sociales, aunque resulta fundamental, en la medida en que se previene a largo plazo los trastornos de conducta asociados con una interacción social inadecuada (Ríos, 2002).

Los escenarios son aquellos donde se facilita mayormente el contacto con esta población, tales como la familia, la escuela o la comunidad. La presencia en las personas de cierto tipo de inhabilidades individuales como no saber tomar decisiones, resolver problemas, comunicarse de forma adecuada y autocontrolarse; o tener inhabilidades sociales como no poder hablar en público, establecer relaciones amistosas, entre otras; suele estar vinculada a ciertas conductas desadaptadas, tales como la ingestión de alcohol, drogas, tabaquismo; la agresión, los problemas de aprendizaje y en general las conductas no aceptadas por la sociedad.

Los patrones de comunicación varían dependiendo de la edad, el sexo, la clase social y la educación. En este sentido, la conducta considerada apropiada en una situación posiblemente sea inapropiada en otra, además de que el individuo aporta a la situación sus propias actitudes, valores, creencias, capacidades cognitivas y un estilo único de interacción.

8.7.2 Aspectos teóricos de las habilidades sociales

El hombre, para vivir en sociedad, ha establecido normas y principios que lo dirijan hacia un desarrollo social armónico. En todas las sociedades humanas existen costumbres, leyes y códigos morales que, de forma explícita o implícita, regulan las formas de comportarse y las consecuencias en caso de desviarse de ellas.

A lo largo de la historia, ha habido una serie de desviaciones de lo que socialmente se espera en el comportamiento humano, que a su vez fueron tratados de controlar en una gran variedad de formas.

Las formas de proceder con las personas identificadas dentro de la categoría de “desviadas”, fueron características de la época medieval. Cuando una persona se comportaba de forma “anormal” se creía que estaba poseído por espíritus malignos. Era común recurrir a los espíritus para explicar muchos aspectos de la vida que no podían comprenderse, incluyendo la conducta etiquetada como desviada (Wine, Moses y Smye, 1980).

En la transición de la Edad Media a la Era Moderna, la versión del concepto de enfermedad mental, también cambió; la ciencia reemplazó a la teología como fuente de explicación para todos los eventos tanto humanos como físicos de la naturaleza.

Son varios los problemas psicológicos que la sociedad moderna genera entre sus miembros, por su acelerado ritmo de desarrollo, y la constante demanda de mayor preparación, mejor desempeño y, sobre todo, de mayor número de habilidades para competir en el ámbito social.

9.7.2 Modelo del aprendizaje social

Este nuevo enfoque se caracteriza por la conducción del concepto de patología hacia uno que destaca el funcionamiento efectivo de los seres humanos en su ambiente social. Aunque la importancia del ambiente ya había sido puesta de manifiesto por Watson (1920), fue con Dollard y Miller (1941) con quienes el aprendizaje social cobró mayor fuerza.

Los elementos básicos de los procesos de aprendizaje son cuatro: 1) “impulso”, que motiva la aparición de la conducta; 2) “los indicios” o estímulos que dirigen la conducta; 3) “las respuestas” o conducta manifiesta, y 4) el “refuerzo-recompensa”, que reduce la intensidad de los estímulos cuando el sujeto emite la respuesta adecuada y logra su meta.

Según estos supuestos las respuestas que no se acompañan de refuerzo se extinguen, o bien dan lugar a la aparición de trastornos de la personalidad.

Recientemente, se han desarrollado teorías muy específicas del Aprendizaje Social: la imitación, el modelamiento y en especial la denominada como “aprendizaje vicario” (Bandura, 1974). Este último hace referencia a una situación interpersonal de aprendizaje en la que un sujeto (observador) adquiere las conductas realizadas por otro (modelo). Esta es la teoría del aprendizaje social más aceptada. Para Bandura (1977), además de la contigüidad y los sistemas de mediación tales como la imaginación y la conducta verbal, están implicados en el aprendizaje vicario los

siguientes procesos: atención, sistemas de retención, procesos de reproducción motora y los procesos motivacionales.

Bandura (1977), propone entonces la teoría del aprendizaje social, que destaca todo aquello que el ser humano puede aprender, no solo mediante la experiencia directa, sino también al observar lo que sucede a otros o al ser informados respecto de algo.

El individuo no solo tiene que ver, sino que además atender a lo que hace el modelo, además de ser necesario que recuerde lo que realizó el modelo y, por último convertir en acción lo que aprendió dado que es posible que el sujeto aprenda mucho observando a un modelo, pero nada lo obliga a realizar lo que aprendió del mismo.

Está demostrado, con la teoría de Bandura (1965), que la gente aprende una conducta sin necesidad de que la refuercen y que no es lo mismo aprender una conducta que realizarla. Puesto que el ser humano no solo posee el don de la vista sino también el de la intuición, percepción, retrospectiva y previsión, entonces, puede valerse de estas cuatro habilidades para interpretar su experiencia personal y la ajena. (Bandura, 1965).

10.7.2 Evaluación de las habilidades sociales

Se califica una conducta como hábil o no hábil en función de la situación en que tiene lugar (Meichenbaum, Butler y Gruson, 1981); esto es, una misma conducta puede calificarse de hábil en una situación determinada, pero totalmente inadecuada en un contexto diferente.

Sin embargo, hasta el momento no existe un instrumento realmente valido para evaluar habilidades sociales en México. Aunque las técnicas empleadas en la evaluación de las habilidades sociales se han utilizado ampliamente en otras áreas de la terapia de conducta, dichos instrumentos se desarrollaron en un principio teniendo como referencia en constructo de asertividad y luego se incluyeron como instrumentos evaluadores de las habilidades sociales, sin cambiar su contenido.

Este aspecto ha originado que en ocasiones, algunos autores confundan el término de asertividad con habilidades sociales o los utilicen como sinónimos.

En la evaluación de las habilidades sociales, como se dijo antes, se requiere de la inclusión de la persona, la conducta y el contexto donde se desarrollan. Dichas características parecen necesarias para la emisión de aquellas habilidades para encarar el enojo, la agresión, el estrés, así como para planificar metas (Goldstein, 1979). Por ejemplo, una persona puede ser asertiva, sin ser necesariamente “hábil” en términos sociales.

Goldstein, Sprafkin, Gershaw y Klein (1979), han propuesto una manual de entrenamiento de habilidades sociales para adolescentes problemáticos; en el manual presentan una escala para medir habilidades sociales en adolescentes. En el presente trabajo se utiliza dicho instrumento, el cual se describirá de manera breve en el método.

11.7.2 Características de las habilidades sociales

Las clases de respuestas necesarias para dar bien una charla son considerablemente diferentes de las clases de respuestas necesarias para el mantenimiento de una relación interpersonal. Alberti (1977) dice que la habilidad social es:

- ✓ Es una característica de la conducta, no de las personas
- ✓ Es una característica específica a la persona y a la situación, no universal
- ✓ Debe contemplarse en el contexto cultural del individuo, así como en términos de otras variables situacionales
- ✓ Está basada en la capacidad de un individuo de escoger libremente su acción
- ✓ Es una característica de la conducta socialmente efectiva, no dañina

Para Van Hasselt y cols. (1979) 3 son los elementos básicos de las Habilidades Sociales:

- ✓ Las habilidades sociales son específicas a las situaciones. El significado de una determinada conducta variará dependiendo de la situación en que tenga lugar
- ✓ La efectividad interpersonal se juzga según las conductas verbales y no verbales mostradas por el individuo. Además, estas respuestas se aprenden
- ✓ El papel de la otra persona es importante y la eficacia interpersonal debería suponer la capacidad de comportarse sin causar daño (verbal o físico) a los demás

Lazarus (1973) fue de los primeros en establecer, las principales clases de respuestas o dimensiones conductuales que abarcaban las habilidades sociales:

- ✓ La capacidad de decir “no”.
- ✓ La capacidad de pedir favores y hacer peticiones.
- ✓ La capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos.
- ✓ La capacidad de iniciar, mantener y terminar conversaciones.

7.3 Autoestima

La autoestima se considera como un elemento relacionado con la percepción de la realidad y el comportamiento. El concepto que cada persona tiene de sí misma es único y determina en gran medida la interpretación que da a la realidad y sus acciones consiguientes. Las personas que difieren en autoestima se comportan en formas marcadamente diferentes.

Por autoestima se entiende la autoevaluación que el individuo hace y mantiene en forma persistente sobre sí mismo; se expresa en una actitud de aprobación o reprobación e indica hasta donde él se siente capaz, significativo, exitoso y valioso. La autoestima es en sí un juicio personal que se expresa en las actitudes que el individuo tiene de sí mismo.

La autoestima es el resultado de un juicio evaluativo que se refiere al grado de satisfacción general con uno mismo o también en la relación existente entre el yo

real y el yo ideal (Baumeister, 1998). La autoestima predice el comportamiento por estar asociado con lo que la persona siente, con lo que piensa y con lo que hace. Tiene una estrecha relación con el contenido y la estructura de las creencias personales y predice cuál va a ser la interpretación de los propios actos o del rechazo de los demás; y guarda también una relación con la conducta (Baumeister y Twenge, 2003; Sommer y Baumeister, 2002).

Autoestima y autoconcepto. Para comprender que se entiende por autoestima, es necesario, en primer lugar entender qué es el autoconcepto. El termino autoconcepto hace referencia a la representación mental que la persona tiene de sí misma, es la “fotografía” privada que él mismo se ha realizado, una imagen instantánea de sí mismo sobre la que no se realiza ninguna evaluación. La evaluación que se hace de esa imagen es en sí lo que conocemos como autoestima, es la opinión que el niño aporta sobre las características que usa para definirse, dicha evaluación se realiza en función de un criterio que no es otro que el hecho de comparar la imagen que se ha ido formando de sí mismo al percibirse en situaciones reales con la imagen ideal que él tienen de la persona que él le gustaría ser (Bermúdez, 2000).

Para Bermúdez (2000) el hablar de autoconcepto y autoestima no debe de hacerse de manera como si fueran conceptos globales. Considera que es más conveniente tanto para la comprensión como para el tratamiento del déficit de autoestima, considerar que el sujeto posee un concepto de sí mismo en diferentes contextos de actuación. Para esta autora es importante considerar tres áreas a partir de las cuales se puede describir el niño o el adolescente.

- ✓ Área escolar: El niño se compara con los modelos de los padres o maestros también se compara en el rendimiento académico de sus mejores amigos, del resto de la clase o del compañero que obtiene mejores calificaciones.
- ✓ Área social. El niño evalúa las interacciones y relaciones que establece con los demás niños del grupo al que pertenece, según esa evaluación

que él mismo hace de las consecuencias de su comportamiento con los demás de su edad.

- ✓ Área familiar: El niño realiza una autoevaluación de su integración en el núcleo familiar y su sentido de pertenencia a ese grupo, valorando la importancia que se le conceda.
- ✓ Área de aspecto físico. El niño lleva a cabo una autoevaluación tanto de su apariencia y presencia física como de sus habilidades y competencias para cualquier tipo de actividad física
- ✓ Área moral-ético: El niño se evalúa para saber si su conducta sigue aquellas normas o reglas que ha aprendido que se deben seguir para ser aceptados como sujetos merecedores de vivir en sociedad.

1.7.3 Origen y desarrollo de la autoestima

La autoestima se desarrolla paulatinamente desde el nacimiento, a través de la interacción del sujeto con otros sujetos y del sujeto consigo mismo, teniendo logros mayores niveles de estabilidad durante la etapa escolar y la adolescencia.

Durante los primeros años de vida la calidad de las relaciones que el niño establece con las personas que lo cuidan define la confianza básica que éste tendrá consigo mismo y con los demás.

Sin embargo para Montt y Ulloa Chávez, 1996 puntualizan que además de la interacción con las figuras significativas, las variables temperamentales juegan un rol importante en el desarrollo y mantenimiento de la autoestima. Por ejemplo, los niños que desde el nacimiento tienen un temperamento difícil se muestran insaciables e irritables, con dificultades para responder positivamente, estos niños tendrán dificultad para desarrollar plenamente un autoconcepto y autoestima positivos.

Desde el punto de vista evolutivo, la autoestima se entiende como un fenómeno evolutivo, que brota en respuesta al manejo de los retos vitales con el transcurso del tiempo. De hecho, es posible considerar el desarrollo de la autoestima como un proceso de tres estadios. En primer lugar están los precursores de la autoestima,

como surge durante la infancia media y durante la adolescencia y el rol que desempeña la autoestima en la vida adulta (Mruck, 1999).

De acuerdo con Rugel (en Guerrero Cruz, 2005) la autoestima originalmente proviene y está mantenida por cuatro factores:

Contexto social, provisto de la retroalimentación para la valoración o devaluación que no recibe de otras personas significativas.

El proceso de auto observación, en donde el comportamiento propio, emociones y pensamientos están continuamente observados y considerados acerca de su proximidad a los ideales valorados.

Procesos de atención personal, que enfocan la atención en aspectos del self y del entorno que aumentan la autoestima.

Procesos defensivos, que protegen al individuo de experimentar una pérdida de autoestima.

2.7.3 El género y la autoestima

La sociedad considera frecuentemente a la autoestima, el autocontrol y la autoconfianza como estereotipos masculinos; la autoestima se relaciona muchos más en las mujeres sólo con la apariencia física y al ser generalmente mayor la insatisfacción con la propia imagen, el sentimiento de autoestima tiende a disminuir. Esto significa que culturalmente, las fuentes de autoestima se atribuyen a diferentes factores en cada sexo o grupo de edad. En la mujer, la autoestima parece estar más ligada a las relaciones interpersonales que en el hombre; de modo que el rechazo de los demás es más fácilmente percibido por la mujer como una amenaza a su autoestima.

La opinión a veces manejada respecto a que el nivel de autoestima es más bajo en la mujer que en el hombre, y que ello puede acentuar su predisposición a trastornos afectivos y de ansiedad, no parece estar confirmado del todo. Kling, Hyde, Showers y Buswell (1999), en un estudio comparativo intersexos de la autoestima, de un

amplio número de investigaciones que representan la opinión de más de 97, 000 niños y adolescentes de diversos países occidentales y de 48, 000 norteamericanos, encontraron que el 83% de las muestras indicó solo una pequeña diferencia a favor de los hombres, y en la etapa de la adolescencia es cuando estas diferencias alcanzan niveles relativamente más altos.

Los estudios sobre salud mental en adolescentes han demostrado que la autoestima es un factor relevante en el desarrollo especialmente en los aspectos de la personalidad, adaptación social y emocional, así como en la salud mental en general (Montt & Ulloa Chávez, 1996).

En la etapa de la evolución, la autoestima está muy ligada al desarrollo de la identidad y es de suma importancia en la etapa de la adolescencia, período en el cual aumenta la toma de conciencia personal (Kimmel y Weiner, 1998). Se ha marcado la importancia de la autoestima en la actividad académica, las habilidades físicas, los deportes, las relaciones con los amigos o la apariencia física.

3.7.3 La autoestima en la adolescencia

En la adolescencia el joven hace una evaluación cuidadosa de sí mismo, tomando en cuenta su físico, habilidades motoras, capacidad intelectual y social; “comparándose con sus padres y sus héroes” (Rice, 1977 en Guerrero Cruz, 2005)

Para Montt y Ulloa (1996), la autoestima influye sobre los aspectos importantes de la vida del adolescente, tales como:

- ✓ La adaptación a situaciones nuevas
- ✓ Niveles de ansiedad
- ✓ Aceptación de otros
- ✓ Rendimiento escolar
- ✓ Relaciones interpersonales
- ✓ Consumo de drogas
- ✓ Embarazo en adolescentes
- ✓ Resiliencia

Para Mruck (1999) además de las anteriores incluye la depresión, soledad, poca estabilidad emocional, pasividad y destructividad se relacionan con una baja autoestima.

Durante la adolescencia aumentan las exigencias sociales, esperando que el joven defina su vocación, aprenda a relacionarse con el sexo opuesto, defina una identidad personal, adquiera autonomía, etc. Todas estas exigencias relacionadas al desarrollo del pensamiento hipotético-deductivo, tienden a generar un Yo ideal muy alto, el que muchos jóvenes sienten que no pueden alcanzar. Este Yo ideal pueden consistir en una fuente de riesgo potencial que amenace el desarrollo de una autoestima óptima (Montt & Ulloa Chávez, 1996).

La autoestima abarca diferentes aspectos del ser humano. Si una persona se conoce y está consciente de sus cambios, crea su propia escala de valores y desarrolla sus capacidades, se acepta y se respeta, tendrá una alta autoestima.

Por el contrario si no se conoce, tiene un concepto pobre sobre sí mismo, no se adapta y no se respeta, entonces tiene una baja autoestima.

¿Qué factores pueden estar relacionados con el origen de una baja autoestima? Para Bermúdez (2000), los principales factores que pueden estar relacionados con el déficit de autoestima son los siguientes:

- ✓ Autoconcepto
- ✓ Pensamientos negativos
- ✓ Autocontrol
- ✓ Habilidades sociales

4.7.3 La autoestima alta y baja

La autoestima abarca diferentes aspectos del ser humano. Si una persona se conoce y está consciente de sus cambios, crea su propia escala de valores y desarrolla sus capacidades, se acepta y se respeta, tendrá una alta autoestima.

Por el contrario si no se conoce, tiene un concepto pobre sobre sí mismo, no se adapta y no se respeta, entonces tiene una baja autoestima.

¿Qué factores pueden estar relacionados con el origen del de una baja autoestima? Para Bermúdez (2000), los principales factores que pueden estar relacionados con el déficit de autoestima son los siguientes:

- ✓ Autoconcepto
- ✓ Pensamientos negativos
- ✓ Autocontrol
- ✓ Habilidades sociales

La autoestima es una de las variables que se ha relacionado tanto con la percepción de la realidad como con el comportamiento. El concepto que cada persona tiene de sí misma es único y determina en gran medida la interpretación que hace de la realidad y las consiguientes actuaciones que lleva a cabo en ella (Verduzco Alvarez-Icaza, Lucio Gómez-Maqueo, & Duran Patiño, 2004).

Las personas con autoestima alta, ante sucesos de la vida diaria, presentan una mayor capacidad para anticipar situaciones, para reaccionar de acuerdo con las circunstancias y, sobre todo, para tomar en cuenta su propio juicio al determinar la mejor acción al enfrentar problemas. En cambio, las personas que tienen autoestima baja poseen un sentimiento de vulnerabilidad y temen no reaccionar de acuerdo con lo esperado, lo cual las lleva a vivir las dificultades intensamente. A este respecto, Millon (1998, en Verduzco Alvarez-Icaza, Lucio Gómez-Maqueo, & Duran Patiño, 2004) menciona que las personas con baja autoestima actúan en función de “los otros” y no de las propias necesidades. Por otro lado, Fierro y Cardenal (1993, en Verduzco Alvarez-Icaza, Lucio Gómez-Maqueo, & Duran Patiño, 2004) han destacado la importancia de la autoestima entre otras variables sociales en la dimensión salud patología, al mencionar que en la personalidad sana o saludable la persona tiene un grado de autoestima que le proporciona satisfacción personal

En un estudio realizado por Montt & Ulloa Chávez (1996) en población adolescente en se observó una asociación entre la autoestima y la salud mental, y aunque los

autores sugieren que dicha asociación no había sido investigada en el país, se toma en cuenta de manera tácita en los programas preventivos dirigidos a los niños y a los adolescentes. También sugiere que la autoestima es un factor de riesgo importante en los adolescentes, de tal manera que es improbable que un joven con baja autoestima no presente algún tipo de psicopatología.

La relación significativa entre salud mental y autoestima social y personal y no significativa con respecto a la autoestima escolar y familiar, puede ser comprendida a la luz de las tareas de la etapa juvenil.

Los adolescentes que tienen problemas con su autoimagen respecto a su desempeño social, se encuentran en riesgo de presentar una patología de salud mental, esto puede ser explicado por el aumento de las exigencias sociales del grupo de pares hacia el sujeto, lo que hace sentirse y visualizarse como desadaptado si no han desarrollado las destrezas sociales para pertenecer al grupo (Montt & Ulloa Chávez, 1996)

5.7.3 Fortalecimiento de la autoestima

Los programas de fortalecimiento de la autoestima puntualizan en el manejo de las siguientes técnicas (Mruck, 1999):

Aceptación y atención terapéutica. Ya que el modo en que somos tratados por los otros puede afectar al desarrollo de nuestra autoestima, el ser aceptado y atendido debe constituir una parte importante de un programa enfocado en el fortalecimiento de aquella. Los terapeutas cognitivos-conductuales le llaman aceptación, atención y confianza como la elaboración del rapport. Se trata del hecho de tratar a una persona que padece de autoestima baja con el debido respeto y compasión ya que generalmente dicha persona está familiarizada con el rechazo. No debemos de considerar que esto es lo único que necesitamos para fortalecer la autoestima, se debe ser cuidadoso para no caer en el extremo, uno necesita actuar en base a patrones o valores y ser responsable; la aceptación o atención indisciplinadas pueden llegar a destruir el desarrollo de la autoestima.

Proporcionar retroalimentación sistemática positiva. Se refiere a centrarse en la conducta positiva y no en la negativa. Dedicar tiempo a estimar conductas o actitudes, por ejemplo, es favorable para condicionar la autoestima mediante métodos operantes. Esta retroalimentación debe estar basada en una percepción positiva genuina o debe estar vinculado a la realidad de la conducta.

Reestructuración Cognitiva. Además de la retroalimentación ajena, también existen mensajes que nosotros mismo nos damos. En este caso nos referimos a los pensamientos negativos, las personas con una baja autoestima, tienden a focalizar en lo negativo, descalificar experiencias positivas, pensar de manera extrema (todo o nada), generalizar, adivinar. Estos planteamientos provocan pensamientos que no están basados en la realidad, causan tristeza y desesperanza. Precisamente a través de la reestructuración cognitiva, se les enseña a identificar, analizar y utilizar algunos de los esquemas erróneos de pensamiento a luchar contra ellos y aprender a sustituirlos por pensamientos funcionales que se adapten a la realidad.

Concientizar acerca del rol que desempeña la autoestima. Se refiere a despertar la conciencia de las personas para que vean cuán válido es el recurso de la autoestima, apreciarán más la necesidad de manejarlo con efectividad. Ejemplo, llevar un diario de la propia autoestima.

Entrenamiento asertivo. Se basa en el conocimiento de los propios derechos como ser humano y el modo de ejercitarlos apropiadamente, así como otras formas de autorización pueden ser usadas para fortalecer la autoestima.

Modelado. Relacionado con el concepto de auto eficacia (Bandura, 1977, en Mruck, 1999), la cual puede considerarse como la sensación que tiene una persona sobre su posible actuación en una situación determinada, basándose para ello en un número de variables como la ejecución de tareas similares en el pasado y los tipos de modelados a los que está expuesta.

Resolución de problemas. La mayoría de los programas de fortalecimiento de autoestima se basan en la idea de que la autoestima nos ayuda a afrontar con mayor efectividad los pequeñas y grandes retos vitales. Igualmente muchos programas

incluyen actividades destinadas a ayudar a las personas a alcanzar metas personales como forma de aumentar la autoestima por que tales éxitos producen ese efecto. Una forma de aumentar las habilidades de manejo de facilitar el desarrollo de conductas que favorecen la posibilidad del éxito, consiste en ayudar a las personas a resolver mejor sus problemas, este tipo de trabajo puede efectuarse mediante una actividad muy estructurada. Dicha actividad consiste en un método de resolución de problemas el cual consiste en fases las cuales consiste en reconocer la existencia de un problema, ser capaz de identificar las posibles respuestas y resultados probables, saber seleccionar la mejor alternativa para una situación o proyecto particular y disponer de la habilidad para elaborar un plan realista.

Aprender a controlar el comportamiento. Existen niños o adolescentes que tienden a responder con agresividad ante una situación conflictiva que pueden hacer si se ponen nerviosos y sienten que están a punto de estallar. El autocontrol se refiere a un dialogo interno, una manera de hablarse a sí mismo para decidir qué debe hacer y cómo debe comportarse. Tanto los niños como los adolescentes deben conocer una serie de norma de conducta que debe de cumplir para convivir con los demás, las reglas básicas por decirlo así. Ejemplos de ejercicios utilizados tenemos el tiempo fuera (utilizado con mejor éxito en adolescentes y adultos)

Fomentar una buena autoestima para evitar su déficit es la estrategia más adecuada y eficaz que pueden poseer los niños y adolescentes para que sepan enfrentarse con éxito a las presiones del ambiente en que viven.

7.4 Depresión

La depresión es un trastorno en el estado de ánimo, que se puede manifestar de variadas formas: pérdida de interés en todas las actividades, desánimo, sentimientos de tristeza, obsesión por la muerte con pensamientos suicidas o temores acerca de la muerte y del mismo hecho de morir. Siempre se observan cambios en el apetito, calidad y ritmo del sueño y en las relaciones interpersonales especialmente con familiares y amigos; en los niños y adolescentes se observa bajo

rendimiento a nivel escolar, mal carácter, comportamiento antisocial que puede llegar a la delincuencia, consumo de alcohol y otras drogas (Grecco, 2003)

Actualmente afecta a 1 de cada 33 niños y 1 de cada 8 adolescentes, con prevalencia del sexo femenino, que puede ser 2 / 1. Es importante tener en cuenta que el suicidio es la sexta causa de muerte en niños de 5 a 14 años.

Los cambios físicos de la niñez a adolescencia son muy rápidos e importantes por el crecimiento y los atributos inherentes al sexo, los cambios psicoemocionales también son de gran importancia pues con la niñez no solo se dejan los juguetes, sino las creencias respecto a los adultos, en especial los padres, que pasan de “protectores, sabios y todopoderosos” a ser “gente común”, con pocos o muchos defectos, que además les imponen pautas, y les “impiden ser libres”.

Entre los 11 y 20 años son muy susceptibles a los cambios afectivos y socioeconómicos. No entienden ni toleran el divorcio de los padres, salvo situaciones excepcionales de maltrato y/o consumo de drogas. Igualmente no toleran que la familia pierda poder adquisitivo y no puedan adquirir las prendas y accesorios de moda en su grupo, ir al club, recibir clases especiales, participar en fiestas, etc. Sentirse menos que los otros les es muy perjudicial.

Entre los antecedentes de la depresión está: la genética, el estilo de crianza de los padres, las creencias sobre sí mismo y los demás.

1.7.4 Síntomas de la depresión

En la adolescencia son válidos los criterios diagnósticos usados para los adultos. Clínicamente se considera como Trastorno o Desorden Depresivo, la persistencia por más de dos semanas de al menos cinco de los siguientes síntomas:

- ✓ Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día: la persona se siente triste o “vacía”. Las otras personas pueden notar que está lloroso.
- ✓ Predominio de un marcado desinterés por todas las actividades, incluyendo las que antes consideraba placenteras.

- ✓ Pérdida o ganancia mayor del 5% del peso normal, en período de un mes.
- ✓ Insomnio o hipersomnia muy frecuentes, que pueden alternarse.
- ✓ Agitación psicomotora o exceso de inmovilidad, lo cual es observado y referido por otros.
- ✓ Pérdida de energía o fatiga casi a diario.
- ✓ Sentimiento de desvalorización o de culpabilidad excesiva o inapropiada.
- ✓ Dificultad o imposibilidad para concentrarse, pensar; marcada indecisión.
- ✓ Pensamientos recurrentes sobre la muerte, ideas suicidas, planes, amenazas o intentos de suicidio (Ellis, 1980).

Los niños y adolescentes pueden manifestar aburrimiento, algunos síntomas físicos -siendo frecuentes el dolor abdominal y las cefaleas-, o simplemente manifestar que se sienten “muy mal”, para no ir al colegio o no salir de paseo y quedarse en su cuarto, encerrados. Es posible que regalen las pertenencias más preciadas a su mejor amigo(a), lo cual debe poner en sobre aviso a los padres y maestros, pues implica planes inminentes de suicidio.

Existen 3 clasificaciones para la depresión: 1. La depresión reactiva: a consecuencia de algún acontecimiento significativo de la vida afectiva. 2. La depresión mayor: Es poco frecuente en la adolescencia, aunque los jóvenes que se ven precisados a trabajar y/o ser cabeza de familia desde edades muy tempranas, pueden presentarla. 3. La depresión bipolar.- Puede comenzar en la niñez o adolescencia, especialmente cuando uno o ambos padres la han sufrido. La historia familiar de abuso de drogas o de alcohol puede también estar asociada con el Desorden Bipolar. Los adolescentes con este trastorno pueden sufrir cambios de humor continuos (Ellis, 1980).

2.7.4 Prevención de la depresión

Informar adecuadamente a todos los estratos de la población acerca de la importancia de la procreación responsable, pues el amor y la atención de padre y madre, son básicos para formar y cimentar la autoestima.

Considerar y enseñar a evaluar los sistemas de creencias de los grupos familiares y de cada persona, no solo acerca de sí mismo, los demás y el entorno, sino también la forma de asumir las diversas situaciones en la vida

Educar para que se favorezca el desarrollo físico y psicoemocional de los niños y adolescentes, enseñarles a ser autosuficientes en la vida cotidiana, a usar la inteligencia emocional para lograr sus objetivos, a tomar los problemas como oportunidades para aprender a encontrar soluciones, ser flexibles y poder cambiar de opciones.

Educar a los niños para afrontar los cambios naturales: crecimiento, adolescencia, independencia del hogar paterno, adultez, vejez y sobretodo, aprender a aceptar la muerte de otros y la propia.

Informar a los niños y adolescentes de los posibles cambios de lugar, separación de los padres, enfermedad grave de algún familiar, amigo cercano o de la mascota.

Dialogar con los menores: esto implica dedicarles tiempo y escucharles; compartir el tiempo libre y ocuparlo con diversas actividades, algunas lúdicas, otras de intercambio de ideas e inclusive de investigación necesaria para alguna tarea escolar. Es muy importante apagar el televisor, ordenador y similares que son interferencias y bloqueadores del intercambio de afecto.

Tratar que el ambiente en la casa y la escuela sea lo más armónico posible, en especial los sonidos, las palabras que se dirigen a los niños-adolescentes y la música; también son importantes las imágenes en la decoración del lugar en que la persona duerme o pasa mucho tiempo. Sonidos e imágenes son más que importantes, determinantes para el equilibrio físico y emocional.

Tomar consciencia del grave problema que es la violencia y otras conductas disruptivas promovidas por la televisión y los videojuegos.

Fomentar y favorecer las actividades deportivas: el deporte asumido como tal, -no como competitividad compulsiva-, es excelente para la autoestima.

Promover las actividades artísticas o de servicio a la comunidad, según sean las tendencias de cada niño/ adolescente y las posibilidades del entorno. Hacer cosas bellas y ser útil son excelentes “vacunas” contra los trastornos depresivos.

Proporcionar actividades recreativas adecuadas para la edad y posibilidades socioeconómicas.

En el caso de los adolescentes que deben trabajar, se debe investigar que las condiciones de trabajo y remuneración sean adecuadas, que no sufran acoso sexual o de otra índole y que se les garantice descanso y tiempo libre.

Enseñanza adecuada sobre sexualidad, prevención de procreación irresponsable y de enfermedades de transmisión sexual, especialmente VIH/SIDA y Hepatitis C. (Grecco, 2003)

Después de haber revisado y analizado a lo largo de estos 7 capítulos se eligieron los componentes del taller, los cuales están basados en un enfoque cognitivo-conductual y psicoeducacional de adquisición de habilidades para adolescentes. Se tomó como referencia la edad, los procesos, los cambios y el contexto en el que los adolescentes de 12 a 15 años de desenvuelven, así como los principales factores de riesgo y protección intrínsecos y extrínsecos para elaborar un taller breve preventivo y proporcionarles habilidades para evitar conductas de riesgos futuras.

III MÉTODO

1 JUSTIFICACIÓN

Actualmente, en el Centro de Servicios Psicológicos existe una demanda importante de servicio en la población adolescente (en los últimos 11 meses, de 2183 personas que acudieron al CSP, 869 son adolescentes de entre 12 y 23 años cifra que

corresponde al 39.8% de la población total que acude a preconsulta). Debido a esto y a través de este trabajo se está proponiendo cubrir ésta necesidad, donde la intención de la investigación es llevar a cabo el desarrollo y evaluación de un programa de intervención breve grupal para cambiar de manera preventiva a corto y mediano plazo algunos indicadores de riesgo para adolescentes tempranos en las áreas a evaluar en el taller, siendo éstas: habilidades de estudio, habilidades sociales, autoestima y depresión las más vulnerables reportadas por los adolescentes que acuden al Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM.

2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué cambios se observan en los indicadores de riesgo a partir de la aplicación del PIPAT (Programa de Intervención Preventivo para Adolescentes Tempranos)?

3 OBJETIVO

Desarrollar y evaluar un programa de intervención breve preventivo para adolescentes tempranos, en el Centro de Servicios Psicológicos (CSP) de la Facultad de Psicología de la UNAM, con la finalidad de reducir los indicadores de riesgo a corto y mediano plazo en dicha población.

4 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Documentar la investigación clínica sobre los principales motivos de consulta en el CSP para adolescentes de 12 a 15 años relacionados con los siguientes temas: autoestima y síntomas depresivos, habilidades sociales y bajo rendimiento escolar
- ✓ Identificar los principales motivos de consulta de los adolescentes para facilitar el establecimiento de los criterios de inclusión y exclusión.
- ✓ Evaluar la satisfacción de los participantes al finalizar el taller.
- ✓ Definir los indicadores a emplearse en el estudio, relacionados con los factores de riesgo detectados en la demanda de atención.
- ✓ Realizar mediciones diagnósticas pre-test

- ✓ Desarrollar una guía clínica de evaluación del terapeuta para la conducción de las sesiones y los materiales relacionados.
- ✓ Desarrollar y llevar a cabo una sesión con los padres de los adolescentes para evaluar y darles retroalimentación respecto a su dinámica familiar,
- ✓ Evaluar los resultados de la intervención, comparando indicadores pre-post.

5 HIPÓTESIS

Hi1: El nivel de los indicadores de habilidades de estudio, habilidades sociales, autoestima y síntomas de depresión evaluados cambiará al término del programa de intervención

El nivel de los indicadores de síntomas de depresión, no se espera que aumenten, sino que se mantengan estables o disminuyan. Su comportamiento es diferente a los otros indicadores.

Hi0: El nivel de los indicadores de habilidades de estudio, habilidades sociales, autoestima y síntomas de depresión evaluados no cambiará al término del programa de intervención.

6 DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variables dependientes

- ✓ Habilidades de estudio
- ✓ Habilidades sociales
- ✓ Autoestima

Variable independiente

- ✓ Taller de reducción de riesgo psicosocial para adolescentes de 12 a 15 años, PIPAT.

6.1 Definición Conceptual de las Variables

Habilidades de estudio: La acción fluida, efectiva y eficiente del acto de estudiar, sobre la base de la estructura cognoscitiva que se tienen y que conducirá a la obtención de determinadas metas (Barona, 2003) (aumentar sus calificaciones y adquisiciones de técnicas de estudio), mediante la medición de la organización, técnicas y motivación para el estudio.

Habilidades sociales: Conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que normalmente resuelve los problemas más inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 1987). Una conceptualización de la conducta habilidosa implica la especificación de 3 componentes de las habilidades sociales: conductual (el tipo de habilidad) personal (contexto interpersonal con quién se tiene lugar) y situacional (el contexto ambiental).

Autoestima: El resultado de un juicio evaluativo que se refiere al grado de satisfacción general con uno mismo o también en la relación existente entre el yo real y el yo ideal (Baumeister, 1998). Predice el comportamiento por estar asociado con lo que la persona siente, con lo que piensa y con lo que hace. Tiene una estrecha relación con el contenido y la estructura de las creencias personales y predice cuál va a ser la interpretación de los propios actos o del rechazo de los demás; y guarda también una relación con la conducta (Baumeister y Twenge, 2003; Sommer y Baumeister, 2002).

Síntomas depresivos: Uno de los principales síntomas de la depresión es el profundo estado de malestar que la persona siente hacia sí mismo, lo que se traduce en sentimientos de inferioridad, en sentirse culpable, en lo que Beck (1976), llamó “un sentimiento de desesperanza hacia sí mismo, hacia el futuro y hacia el mundo en general”.

Pre prevención: Se entiende como el conjunto de acciones sistematizadas para prevenir el efecto de los factores de riesgo para que disminuya la probabilidad de observar comportamientos de riesgo, hace referencia a proposiciones para transformar las conductas individuales que amenazan la salud, o reforzar características personales que disminuyan la probabilidad de enfermar (De Roux, 1994). La noción de “prevención” conduce a la preparación, precaución o disposición para evitar un riesgo, es decir, que se asocia a la idea de “prever” de conocer de antemano un daño y de ahí que se puede anticipar a que ocurra (Llanes, 2003). Para el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, la prevención comprende aquellas intervenciones que ocurren antes que se inicie un desorden mental (Medina-Mora, 1997).

6.2 Definición operacional

Variables dependientes: Tras la aplicación del taller existen cambios cualitativos y cuantitativos en los puntajes de las pruebas y que miden habilidades de estudio, habilidades sociales, autoestima y síntomas depresivos.

Taller de reducción de riesgo psicosocial para adolescentes de 12 a 15 años, PIPAT: Actividad grupal planificada que abarca: habilidades de estudio, habilidades sociales y autoestima para que los adolescentes puedan afrontar los riesgos psicosociales. Consta de 12 sesiones de 90 minutos de duración.

7 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio de tipo preexperimental, ya que evalúa el impacto de la manipulación de variables, pero no se asignaron aleatoriamente los participantes, y no se trabajó con un grupo control. La elección de los participantes no dependió de la probabilidad, si no de causas relacionadas con las características de la investigación. .

8 TIPO DE DISEÑO

Pre test post test, únicamente se tomó una medida de comportamiento de los sujetos antes y después del taller.

9 PARTICIPANTES

Los participantes se seleccionaron en función de las preconsultas dadas en el CSP, de la Facultad de Psicología de la UNAM, quienes solicitaron la atención en el último trimestre (marzo-junio 07), con las siguientes características en su motivo de consulta: problemas de rendimiento académico, problemas de conducta, depresión y baja autoestima. Tras una entrevista previa al taller se eligieron a los participantes que contaran los siguientes criterios de inclusión: edad (entre 12 y 15 años), indicadores de problemas escolares, familiares o de relación social, consentimiento informado firmado por los padres para participar en el proyecto. Los criterios de exclusión: presentar señales evidentes de trastorno psiquiátrico y estar recibiendo otro tratamiento psicológico.

10 MUESTRA Y SUJETOS

Fue una muestra no probabilística de tipo intencional porque de las 48 preconsultas, se seleccionaron a 13 adolescentes que cumplían con los criterios de inclusión y quienes se presentaron al CSP para formar parte del taller.

Se realizó un estudio piloto en el cual participaron 5 adolescentes 2 hombres y 3 mujeres, de las mismas características del grupo experimental. Con la finalidad de explorar los tipos de instrumentos de medición y estrategias preventivas a utilizar en el segundo grupo.

La muestra del grupo experimental se conformó por 13 adolescentes, 7 hombres y 6 mujeres, con un promedio de edad de los 13 años, 12 de ellos de escolaridad media básica (secundaria) y 1 persona en primer año de media superior (preparatoria). Asistieron de manera voluntaria a solicitar el servicio al CSP. Del total de los integrantes 11 concluyeron el taller. La duración del estudio fue de 12 sesiones incluyendo la de los padres, a la cual asistieron los 13 padres y en una de los casos ambos padres del adolescente. La duración de este procedimiento desde la selección de los participantes del taller piloto, el grupo de estudio hasta el término del seguimiento (8 meses después) fue de 14 meses. Al término del taller se canalizaron a 3 integrantes del taller, uno de ellos al servicio médico neurológico por

aparentes crisis de ausencias que sus padres reportaron e incluso la petición de canalización a este servicio fue hecha por estos últimos, una adolescente por síntomas de depresión moderados después del resultado del post test del taller, y tras problemas familiares y de pareja que ella misma reportó en algunas sesiones del taller. Un último participante del taller al cual se le sugirió tomará un tipo de terapia individual debido al constante desagrado por participar en algunas dinámicas grupales y a la poca participación que demostró en algunas sesiones del taller por eso al final de la misma se le sugirió una atención individualizada de manera que pudiera beneficiarse más ESCENARIO

El taller se llevó a cabo en la cámara de Gesell 13-14 del CSP de la Facultad de Psicología de la UNAM. La cámara de Gesell sirvió para hacer la supervisión de las sesiones.

11 INSTRUMENTOS

Aplicados a adolescentes

Formato de entrevista o Preconsulta del Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología

11.1 Cuestionario sobre Habilidades de Estudio de Brown y Holtzman (1974)

Para efectos de la presente investigación se utilizó ésta encuesta la cual fue traducida y editada por Editorial Trillas en Guía para la supervivencia del Estudiante (1996) bajo la revisión de Pablo Reyes López de la Dirección General de Orientación Vocacional de la UNAM.

La encuesta constan de tres cuestionarios, en los cuales se indican problemas referentes a organización del estudio, técnicas de estudio y motivación para el estudio. Cada lista a marcar contiene veinte preguntas que han de ser contestadas con SÍ o No.

Este cuestionario incluía las siguientes áreas: 1. Organización para el estudio. 2. Técnicas de estudio. 3. Motivación para el estudio, por último en el cuestionario sobre motivación para el estudio las preguntas de la 1 a la 14 tratan problemas causados por una actitud indiferente o negativa hacia el valor de la educación; de la 15 a la 20 abordan los problemas que surgen del negativismo o de la indiferencia hacia los profesores.

El tiempo empleado para contestar el cuestionario es de 15 minutos aproximadamente.

Cuenta con una hoja de respuestas que presenta una columna por encuesta, en la cual se tienen que marcar la casilla seleccionada ya sea con un “Si” o “No”.

Las encuestas se califican cada una por separado, contando el número de respuestas a la alternativa “No” para cada encuesta; obteniendo de esta manera en forma directa el puntaje crudo de la encuesta, enseguida se procede a transformar esta calificación en percentiles y rango fraccional, mediante las tablas de normas de cada respuesta. (Ver anexo)

La puntuación total de las habilidades de estudio se obtiene sumando las calificaciones crudas de las tres cuentas y transformando el total en rango percentil.

Para la interpretación de los resultado, se cuenta con una tabla de comparación, que permite convertir las calificaciones crudas a un rango percentil (porcentaje aproximada que ha sobrepasado la muestra). Un rango fraccionario (fracción aproximada que ha sobrepasado la muestra), y una interpretación por medio de una escala verbal de nueve puntos, que abarca dese “muy bajo” a “muy alto”

También cuenta con un perfil para graficar los resultados de cada estudiante (Ver Anexo 1).

11.2 Escala De Evaluación De Habilidades Sociales Para Adolescentes (EEHSA)

El total de la escala contiene 50 reactivos, cada uno de ellos plantea una pregunta encaminada a explorar la situación problema en la que se presenta cada una de las habilidades sociales. El instrumento contiene una escala subjetiva de 1 a 5 categorías de respuestas.

Actualmente, la EEHSA ha sido construida como una medida de auto informe, y los reactivos han sido planteados de forma concreta. Donde lo que interesa es la conducta manifiesta del individuo en relación con antecedentes y consecuentes del medio ambiente (Aragón, 2002).

Para su adaptación a población mexicana se utilizó una muestra de adolescentes de entre 12 y 20 años (N=500) de nivel secundaria y bachillerato, como una primera prueba piloto. La segunda aplicación de la escala en jóvenes (N=900) de la misma edad (12-20 años) de distintos niveles académicos y ocupaciones para evaluar su consistencia interna después de la primera modificación. Finalmente para probar la efectividad de la escala, esta fue comprobada con muestras proporcionales de adolescentes (N=2528 casos), de ambos sexos de diferentes niveles académicos, que cubrieran el requisito de edad de entre 12 a 20 años.

Ríos (2002) ha realizado una adaptación de la escala propuesta por Goldstein, Sprafkin, Gershaw y Klen con la cual conformó la Escala de Evaluación de Habilidades Sociales para Adolescentes mexicanos (EEHSA). Dicha escala contiene 50 ítems. El instrumento está basado en el aspecto tridimensional de la conducta social, es decir, que toma en cuenta, la frecuencia con la que se emplean las habilidades, el contexto interpersonal en que se dan (ante quién) y la situación ambiental (en dónde).

Cada reactivo se contesta de acuerdo a la frecuencia con la que los adolescentes creen que emiten cada habilidad, en base a la siguiente escala tipo Likert: Nunca (1), Raras veces (2), Algunas veces (3), Frecuentemente (4) y Siempre (5) (Ríos, 2002) (Ver Anexo 1).

Calificación de la Escala

La calificación consiste en conocer la puntuación bruta de cada una de las áreas y el total de la escala, para ello es necesario sumar los valores asignados por cada individuo a cada uno de los reactivos en cada una de las áreas, no sin antes conocer cuáles y cuántos de ellos pertenecen a cada área.

Descripción de las normas.

Las normas para esta escala se expresan en percentiles, para cada puntuación cruda posible, cada área por separada y para el total de la escala. Los percentiles pueden ser usados para traducir las puntuaciones brutas de un individuo a percentiles a para su registro en forma de registro individual.

11.3 Instrumento de Evaluación de la Autoestima en Adolescentes (IEAA) de Moyano, L. J. (1998)

Este instrumento es una prueba de papel y lápiz. Se compone de un cuadernillo con setenta y cinco preguntas y una hoja de respuestas.

Estas agrupaciones en las preguntas tienen elementos positivos y negativos. Los elementos positivos son sentimientos o situaciones que les permite al individuo demostrar sus capacidades para alcanzar los objetivos que se propone o al no tenerlos poder seguir con una actitud positiva ante la adversidad; para ello se utilizan palabras como: confianza, comprensión, falta de sentimiento de culpa, etc.

Los elementos negativos permiten que el individuo se desvalore, se culpe, no esté a gusto con lo que tienen ya sea físico o material, para ello se utilizan palabras como: miedo, culpa, nervioso, timidez, etc.

Algunas preguntas caen en varias categorías, ya que, se ven vinculadas a través de palabras como: amigos, camaradas o compañeros, familiares, etc.

El análisis estadístico realizado a las preguntas, nos mostró que la agrupación a priori que se había hecho no se verificaba empíricamente, por lo que el instrumento se tendrá que ver como un conjunto y no por sus partes.

La aplicación tiene una duración entre unos 30-40 minutos aproximadamente.

La calificación del cuestionario se obtiene a través de la suma de los valores de las opciones que marcó la persona evaluada, la cual se multiplicaría por cien y el resultado se dividiría entre 375 el cual es el puntaje máximo que podría tener una persona que se evaluara con el cuestionario. Teniendo la calificación final se recurriría a los rangos de la autoestima para ubicar a la persona en: autoestima alta, autoestima normal, autoestima baja o autoestima muy baja.

La población dirigida es en adolescentes (Ver Anexo 1).

Rangos de calificación de la Autoestima para IEAA

CALIFICACIONES	VALORES
Autoestima muy baja	0 a 58.5
Autoestima baja	58.51 a 67.13
Autoestima normal	67.14 a 84.37
Autoestima alta	84.38 a 93
autoestima muy alta	93.1 a 100

Fuente: Moyano, 1998

11.4 Inventario de Depresión de Beck (IDB)

Se encuentra conformado por 21 reactivos de síntomas y actitudes, las cuales son cuantificadas con valores numéricos del 0 al 3. El puntaje obtenido indicará la intensidad de la depresión. Las categorías están relacionadas con la depresión siendo las actitudes y los síntomas evaluados los siguientes: estado de ánimo, pesimismo, sentimiento de castigo, insatisfacción personal, culpa, auto-disgusto, auto-acusación, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, desinterés social, indecisión, cambio de imagen corporal, dificultad laboral, insomnio, fatiga, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido. De estos, los primeros catorce se refieren a síntomas afectivo-somáticos y los siete restantes a síntomas vegetativos y síntomas somáticos.

Este puede auto administrarse y ser aplicado de manera individual o grupal, pues no se requieren más instrucciones más que las indicadas en el mismo, donde el examinado responderá directamente. Antes de ser aplicado deben ser resueltas todas las dudas que se tengan frente a este. Los reactivos se calificarán de acuerdo al número más alto que se haya contestado en cada uno. El sujeto responde dentro de un continuo de cuatro puntos que van del 0 al 3, donde 0 indica la ausencia de síntomas y el 3 señala la presencia de síntomas severos (Ver Anexo 1).

Confiabilidad: muestra una consistencia interna con el coeficiente alfa de .86.

Validez: El instrumento reporta puntajes de .76

Aplicado en la sesión única para los padres

11.5 Escala de Clima Social Familiar de Moss (FES)

La escala de Clima Social Familiar deriva de una serie de 8 escalas las cuales fueron diseñadas y elaboradas originalmente en el laboratorio de Ecología Social de la Universidad de Stanford (California), bajo la dirección de R. Moss.

La escala en su versión española, consta de 4 escalas las cuales miden las siguientes áreas:

- ✓ Clima Social Familiar (FES)
- ✓ Clima Social en la Escuela (CES)
- ✓ Clima social en el trabajo (WES)
- ✓ Clima social en las instituciones penitenciarias (CIES)

Para los fines de esta investigación únicamente utilizamos la Escala de Clima Social Familiar (FES), la cual mide a través de 90 reactivos, las características socio-ambientales de todo tipo de familias; evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica.

Dicha escala puede ser aplicada de manera individual, se dirige principalmente a una población adulta o adolescente y tiene una duración de 20 minutos para su administración.

La corrección y se lleva a cabo con la ayuda de una plantilla transparente que se coloca sobre la hoja de respuesta haciendo coincidir las líneas que encuadran la zona destinada a respuestas con las de la plantilla.

Para calcular la puntuación directa se cuentan las marcas que aparezcan a través de los recuadros de la plantilla, en cada una de las columnas en que ésta se ha dividido y se anotará el total de la casilla PD (Puntuación Directa) en el lugar correspondiente a la subescala que se está valorando.

Las puntuaciones obtenidas de este modo se pueden transformar en típicas y a partir de estos se elaborará el perfil.

La puntuación máxima del FES es de nueve puntos en cada una de las diez subescalas.

Las siglas de las subescalas y las puntuaciones directas se habrán incluido ya, en el proceso de corrección puntuación, en las 2 primeras filas de casillas de la derecha de la hoja. Los valores PT (Puntuaciones Típicas) se trasladaran al gráfico, haciendo una pequeña señal o aspa a la altura correspondiente. Finalmente se unirán por líneas rectas dichas señales o aspas se tendrá el perfil.

En la interpretación se obtendrá lo siguiente:

El tipo de escala implicado

- ✓ La altura media entre las 3 o 4 grandes dimensiones
- ✓ La altura relativa entre cada rasgo o subescala
- ✓ Las características del sujeto / grupo y las de la muestra de tipificación (Ver Anexo 1).

Confiabilidad: La estandarización de este instrumento resulta en 0.9977, con coeficiente de Alfa de Cronbach.

Validez: El instrumento reporta puntajes $r < .80$

Aplicado a los adolescentes y sus padres

11.6 Cuestionario de Validez Social

Mide a través de 11 reactivos la satisfacción del sujeto respecto a las metas, procedimientos y resultados de la intervención realizada (Ver anexo 1).

Los reactivos se dividen en las siguientes áreas:

- ✓ Objetivos de taller: 5 reactivos (ver anexo)

- ✓ Percepción de mejora para el estilo de vida de los adolescentes y sus padres: 2 reactivos
- ✓ Métodos adecuados aplicados al taller por las psicólogas: 2 reactivos
- ✓ Expectativas de los adolescentes y padres hacia el taller: 2 reactivos
- ✓ Cuestionario de Seguimiento.

Se aplicó vía telefónica una prueba de 9 reactivos que evalúa los efectos a mediano plazo de la intervención breve. En él se incluyeron preguntas tipo Likert y preguntas cerradas. Cabe mencionar que no se llevó a cabo la confiabilidad y validez de esta prueba (Ver Anexo 1).

Las áreas que se evaluaron en este cuestionario fueron las siguientes:

- ✓ Percepción y mejoras en la conducta de los adolescentes
- ✓ Percepción de la utilidad del taller para los adolescentes
- ✓ Impacto de las recomendaciones hechas por las psicólogas
- ✓ Necesidad de alguna terapia y/o taller alternativo al tomado en el CSP
- ✓ Recomendación del taller a otros adolescentes

12 MATERIALES

- ✓ Rotafolios
- ✓ Hojas de trabajo
- ✓ Papel
- ✓ Lápices
- ✓ Colores
- ✓ Plumones
- ✓ Hojas de colores
- ✓ Diurex
- ✓ Colchoneta

13 PROCEDIMIENTO

Se realizó un análisis epidemiológico en el CSP en el cual de un total de 2183 casos; se canalizó a otra institución el 4.3%; y el 95.6% se atendió en el CSP; de este porcentaje se atendió el 22.3% en el taller. En los últimos 8 meses del 2006 al 2007 se recibió una proporción en preconsulta de 39.8% de adolescentes de 12 a 23 años, (según clasificación del CSP) de ellos, el 9.3% corresponde a adolescentes de entre 12 y 15 años, de ésta población el 60% son hombres y el 40% son mujeres), de las necesidades de todos los adolescentes que acuden a solicitar atención psicológica al CSP, se observó que para los adolescentes de entre 12 a 15 años no se disponía de un modelo de intervención psicológica I, dentro de este Centro. Es por ello que se observó que los motivos de consulta más frecuentes en esta población se relacionan principalmente con problemas en las siguientes áreas: habilidades de estudio, habilidades sociales, depresión y baja autoestima. A partir de la revisión de las preconsultas de los adolescentes, se hizo una clasificación de los motivos de consulta más recurrentes en los adolescentes para identificar los principales problemas por los cuales acudían a solicitar atención psicológica al CSP, y a su vez se definieran las áreas a desarrollar en el PIPAT. Se seleccionó una muestra de adolescentes que acudieron al CSP de la Facultad de Psicología de la UNAM en los últimos 3 meses a partir de la aprobación del proyecto. Se elaboró un guión telefónico para invitar a los padres de familia a una plática informativa para que sus hijos asistieran al taller. La muestra se conformó por 13 adolescentes, de los cuales terminaron el taller 11. Estos adolescentes fueron citados individualmente para entrevista y revisar que efectivamente reunían los criterios de inclusión y canalizar a quienes estuvieran dentro de los criterios de exclusión. . Ya que fueron seleccionados, se citaron a los participantes junto con sus padres (ambos o algunos de los 2), donde se tuvo una sesión que duró aproximadamente 90 minutos, para informarles sobre el contenido del taller, resolver sus dudas y saber si estaban interesados en que sus hijos participaran en dicho taller, para lo cual se les solicitó la autorización a través de una firma en el consentimiento informado (ver anexo) por los padres, debido a que los participantes son menores de edad.

Posteriormente se hizo contacto telefónico para citar a los padres y adolescentes que accedieron a participar para realizar la entrevista clínica y las evaluaciones pre-test, utilizando los instrumentos antes descritos.

13.1 Intervención

Se llevaron a cabo 12 sesiones, una vez por semana todos los martes, con una duración aproximada de 90 minutos, cada una impartida en las instalaciones del CSP, estas fueron guiadas por dos terapeutas que participaron conjuntamente durante dichas sesiones. Ocho de las doce sesiones se enfocaron al taller preventivo incluyendo aplicación pre-test y pos-test cada una de las evaluaciones se llevó a cabo en una sesión. Los temas que se abarcaron a lo largo del taller fueron: hábitos de estudio, habilidades sociales, autoestima y depresión, en base a las necesidades reportadas en los motivos de consulta de los adolescentes de esta edad.

En la sesión 2, 4, 6, 8 y 10 se dejaron realizar una actividad para casa, la cual tenía como finalidad que los adolescentes se comprometieran a realizarla para la sesión subsecuente. El objetivo de esto era el evaluar cuál era su nivel de respuesta a las actividades (tareas) fuera del taller. Cada actividad estaba relacionada con un tema visto durante la sesión.

Las actividades a realizar eran las siguientes:

Actividad	Objetivo
1. Cumpliendo mi meta	Establecer metas a corto plazo, es decir por día o semana, enunciar por lo menos 5. También se les pidió realizar un horario de actividades. Esto con la finalidad de que pudieran organizar sus tiempo y así poder lograr sus metas.
2-. Desafío personal “¿Cómo pedir perdón?”	Se pidió que escribieran que harían para poder ofrecer una disculpa a la persona o personas a las cuales ellos consideraran que hayan lastimado sus sentimientos
3.El gran descubrimiento	Esta actividad se pide que contesten 10 10 preguntas las cuales están enfocadas a descubrir sus propias habilidades, gustos, preferencias, etc.

4. Repaso de apuntes	Esta actividad tiene como finalidad el que el adolescente adquiera el hábito de repasar diariamente sus apuntes y no solamente antes de hacer un examen
5. Vistazo al futuro	La finalidad de esta actividad reside en que el adolescente describa en una carta como se ve en un futuro, que carrera se imagina que habrá cursado, como logrará obtener lo que quiere, quiénes estarán con él.

Tabla. FUENTE: Las autoras

Cabe señalar que la sesión número 7 fue una sesión psicoeducativa que no estaba contemplada inicialmente acerca de sexualidad y adicciones, debido a la importancia para los adolescentes a cerca de este tema. De igual forma hubo una sesión de padres paralela al taller en la que se les proporcionaron ciertas técnicas para el trato con sus hijos adolescentes.

Los componentes en cada sesión fueron los siguientes:

- ✓ Discusión de casos de conducta
- ✓ Adquisición de habilidades
- ✓ Consejo psicológico
- ✓ Dinámicas grupales (comunicación, integración, aprendizaje, autoconocimiento).

IV DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En la carta descriptiva se enuncia que tipo de mecanismos didácticos fueron utilizados, así como los materiales y objetivos de cada una de las sesiones (ver anexo 3)

Se realizó una sesión inicial de información y posteriormente una sesión grupal psicoeducativa con los padres, el objetivo de la primera sesión con los padres fue informarles a los padres del taller, contenido y aclarar dudas acerca del mismo. La sesión grupal psicoeducativa tuvo como meta obtener información de la aplicación del FES, hablar sobre el avance de los chicos en el transcurso del taller y conocer a grandes rasgos la dinámica familiar de cada uno de los adolescentes, a través de la participación grupal de sus padres. Después de la evaluación pos-test, se llenó

una base de datos con información pre y post y se evaluó la efectividad clínica con base en cuestionarios de validación social dirigidos a los padres y adolescentes (satisfacción del taller). Los resultados obtenidos fueron comentados en una sesión donde se le entregó a cada participante de manera individual sus resultados de las pruebas y puntos a reforzar en base a la observación de las guías del taller. Posteriormente en esa misma sesión, de manera grupal se comentaron los cambios percibidos, comentarios acerca del taller y de sus compañeros de grupo en general y se les proporcionó un folder de manera individual con material para que lo pudieran revisar constantemente y cada vez que ellos así lo deseen. La sesión final fue de manera individual con cada una de los padres de los participantes, donde se les entregó una copia de la interpretación de los resultados de sus hijos y a su vez la retroalimentación del taller, y los cambios favorables observados en sus hijos a partir del taller, y en tres casos particulares informar a los padres correspondientes de la canalización a un servicio especializado de sus hijos.

1 SEGUIMIENTO

Se realizó un seguimiento tras 8 meses de la intervención. Dicho seguimiento se hizo vía telefónica a 9 padres y 9 adolescentes, los otros dos casos no fueron documentados ya que no encontramos a los padres en sus domicilios, no contestaban el teléfono o estaba fuera de área de servicio. Se elaboró previamente un cuestionario de 9 preguntas, con el cual se midieron los resultados de la intervención en un corto y mediano plazo. (Ver anexo)

V RESULTADOS

En esta sección se describen los resultados de la intervención breve. Primero, se presenta la estadística descriptiva, de las variables sociodemográficas y de los puntajes de las pruebas utilizadas relacionadas las variables de técnicas de estudio, autoestima, síntomas depresivos y habilidades sociales. Posteriormente se prueba si existen diferencias entre las puntuaciones de las pruebas de Habilidades Sociales, Autoestima, Depresión y Habilidades de Estudio antes del taller y las

obtenidas al término. Finalmente se comentan los resultados obtenidos del análisis cualitativo de observaciones anecdóticas.

1 Variables sociodemográficas

La figura 8 nos muestra el total de los adolescentes que concluyeron el taller. Sin embargo, hubo dos participantes hombres que no lo concluyeron. Uno de ellos solo asistió a las dos primeras sesiones y el otro participante a las tres primeras sesiones.

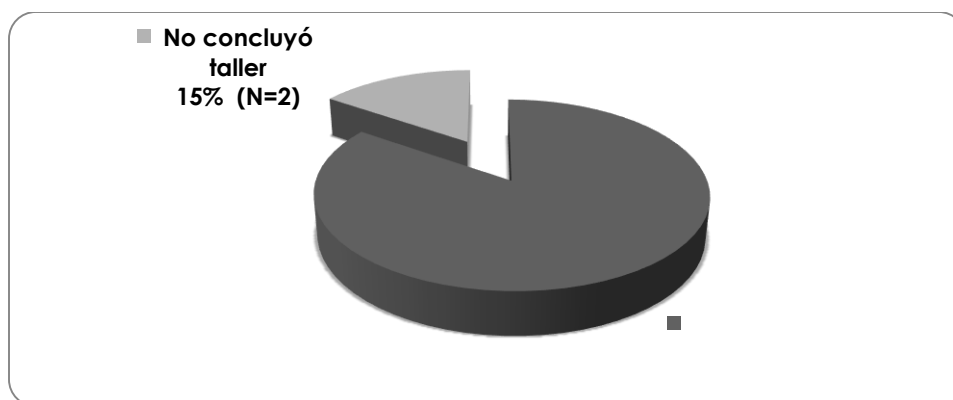


Figura 5. Porcentaje de adolescentes que concluyeron el taller. N =13.

Las variables a las que se dirigió la intervención fueron: habilidades de estudio, autoestima, síntomas depresivos, habilidades sociales. Nuestro objetivo fue desarrollar y evaluar un programa de intervención breve preventivo para adolescentes tempranos, en el Centro de Servicios Psicológicos (CSP) de la Facultad de Psicología de la UNAM, con la finalidad de reducir los indicadores de riesgos en dicha población.

Tabla 5. Datos sociodemográficos de los 11 participantes. Las autoras

PARTICIPANTES	GENERO	EDAD	TIPO DE FAMILIA	MOTIVO DE CONSULTA
1M	Masculino	15 años	Ambos padres y un hermano mayor	Falta de límites con autoridad
2M	Masculino	14 años	Madre, hermana menor y hermano mayor	Baja autoestima y bajo rendimiento académico
3M	Masculino	14 años	Ambos padres y una hermana menor	Bajo rendimiento escolar y problemas de conducta
4M	Masculino	13 años	Madre y una hermana menor	Conflictos con figuras de autoridad
5M	Masculino	15 años	Ambos padres y un hermano menor.	Control de enojo, impulsivo, agresivo, bajo rendimiento académico.
6F	Femenino	13 años	Sólo vive con su madre.	Problemas de conducta y bajo rendimiento académico
7F	Femenino	13 años	Abuelos y tías maternas. Ambos padres finados	Problemas de conducta, problemas familiares y bajo rendimiento académico
8F	Femenino	15 años	Ambos padres y un hermano menor	Baja autoestima, problemas familiares e impulsividad
9F	Femenino	15 años	Ambos padres, hija menor de 5 hermanos (2 hombres y 3 mujeres)	Conflicto en la escuela por introducir una botella de bebida alcohólica.
10F	Femenino	15 años	Sólo vive con la madre	Baja autoestima
11F	Femenino	15 años	Madre y una media hermana menor	Baja autoestima

Debido a la confidencialidad del estudio, se omitieron los nombres de los participantes sustituyéndolos por claves que se muestran en la tabla 9 en la columna de participantes.

De acuerdo a los objetivos de esta investigación, la evaluación de los resultados se dividió en dos partes la primera de ellas los resultados que nos indicaron cambios a corto plazo y la segunda parte los resultados que nos indicaron cambios a mediano plazo.

2 Cambios al término de la intervención

A continuación se reporta que los participantes presentan cambios significativos respecto al apoyo en el área escolar, ver figura 9-12.

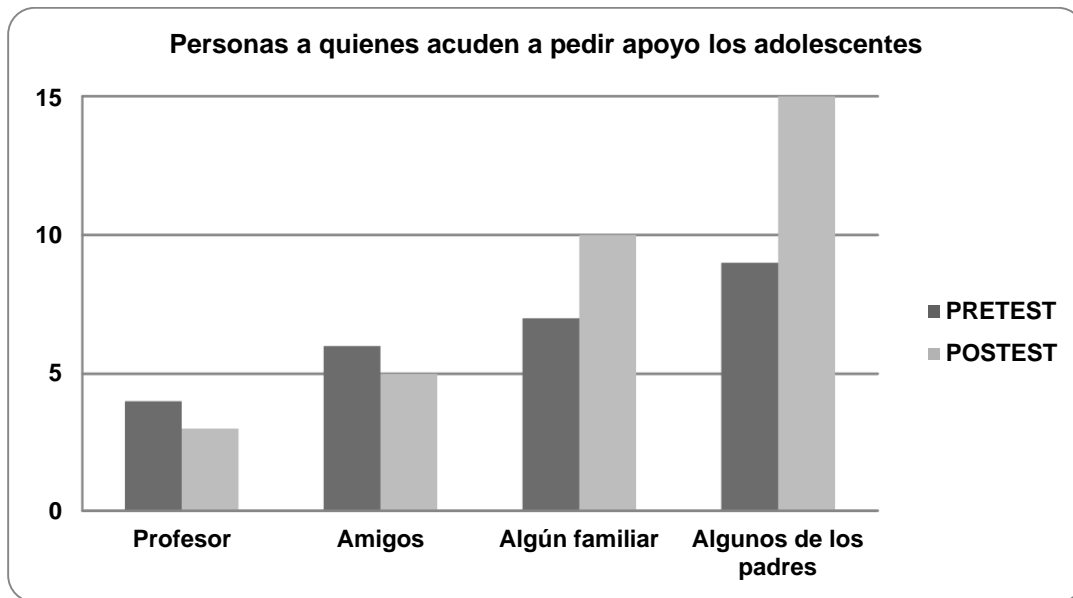


Figura 6. Personas a quien acuden los adolescentes para pedir apoyo y resolver dudas en sus tareas escolares.

Se observa en esta figura que los adolescentes reportaron a las personas a quienes se acercaban como: padres, profesores, familiares y amigos para solicitarles ayuda y/o resolver dudas escolares. Se muestra que los adolescentes aumentaron su preferencia por acercarse más a los padres y familiares.

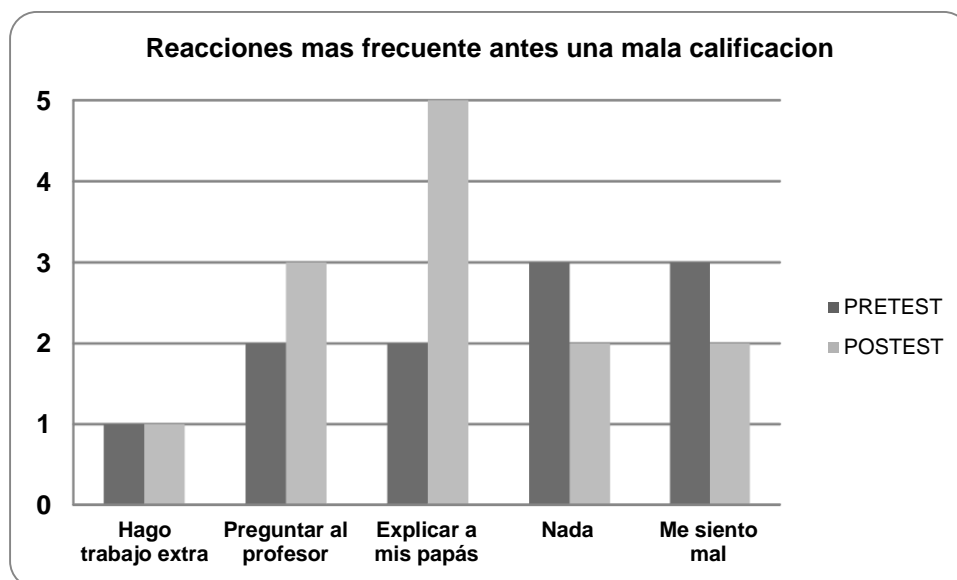


Figura 7. Reacciones de los adolescentes ante una mala calificación

Las respuestas de actitud positiva se pueden ver en la fig. 10 donde ante una mala calificación aumentaron a su vez que las respuestas de actitud negativa disminuyeron. Es decir prefirieron explicar a los padres y preguntar a profesores en vez de sentirse mal o no hacer nada ante esa situación.

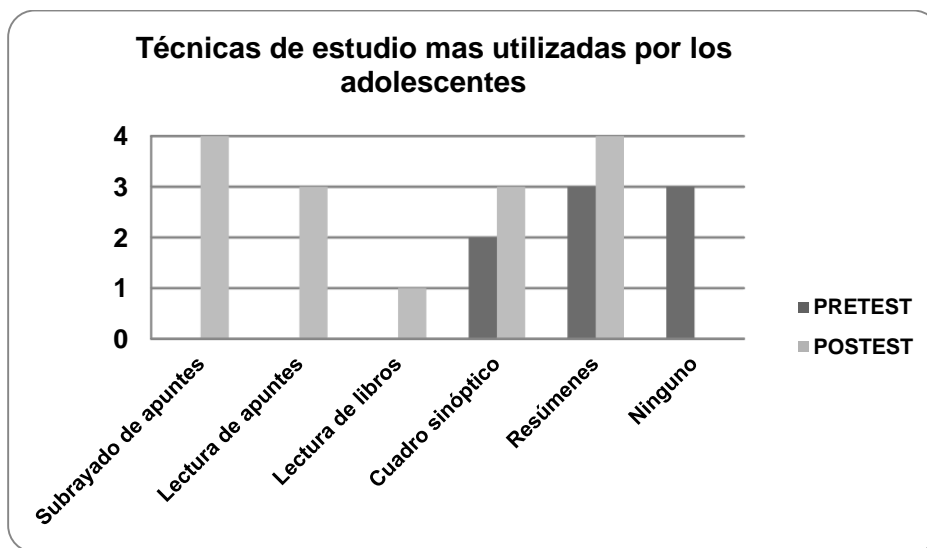


Figura 8. Técnicas de estudio que prefieren los adolescentes para hacer tareas y preparar exámenes

En esta figura se muestran las técnicas de estudio que prefieren utilizar los adolescentes, observándose al término del taller un aumento por aquellas técnicas que al inicio del mismo no fueron consideradas. Por otra parte la opción de no utilizar ninguna técnica de estudio disminuyó.

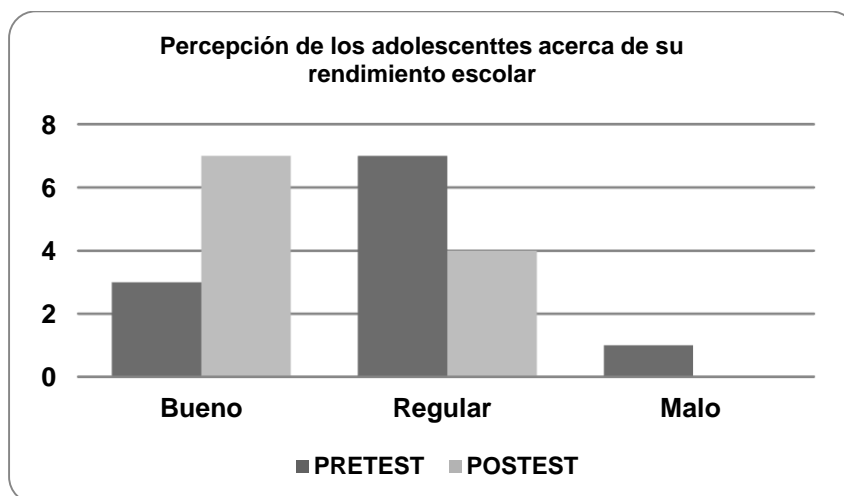


Figura 9. Percepción de los adolescentes acerca de su rendimiento escolar.

El cambio en la percepción de los adolescentes respecto a su rendimiento académico se puede ver en la fig. 12, siendo ésta más favorable al término del taller que en el inicio.

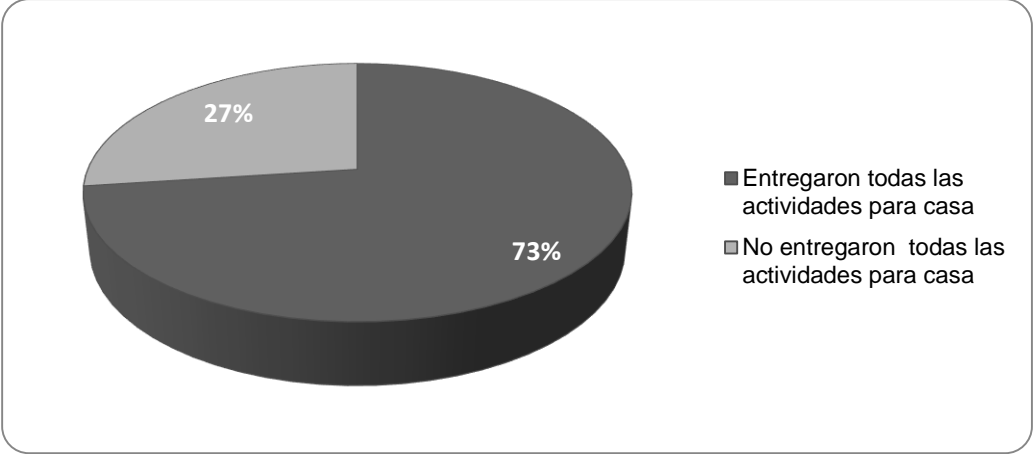


Figura 10. Porcentaje de adolescentes que entregaron las actividades para casa.

Se reporta que el 73% de los adolescentes entregaron todas las actividades asignadas para casa (5 actividades en total), mientras que el 27% de los adolescentes entregaron 3 actividades para casa, como lo muestra la figura 13.

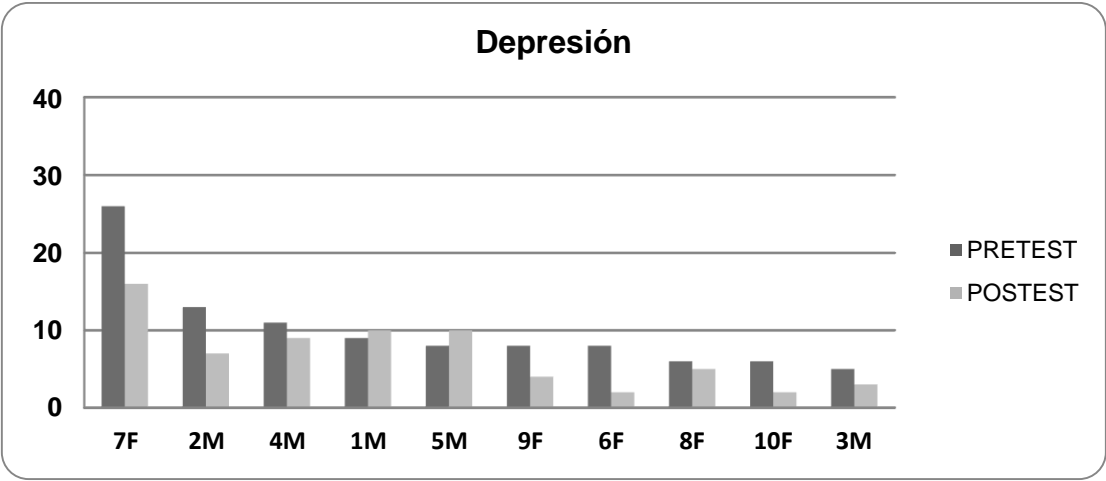


Figura 11. Puntuaciones de los adolescentes en el Inventario de Depresión de Beck (Revisado por Jurado, 1995)

Los resultados de Depresión de Beck muestran que el 80% de los adolescentes disminuyó sus puntuaciones de síntomas depresivos tras la evaluación del pos test. Cabe mencionar que al inicio del taller la interpretación de las puntuaciones indicó

que la mayoría de los adolescentes reportaba síntomas depresivos mínimos y leves (según criterios de calificación) y al final del taller la mayoría de ellos redujo estos síntomas aún más, ver figura 14.

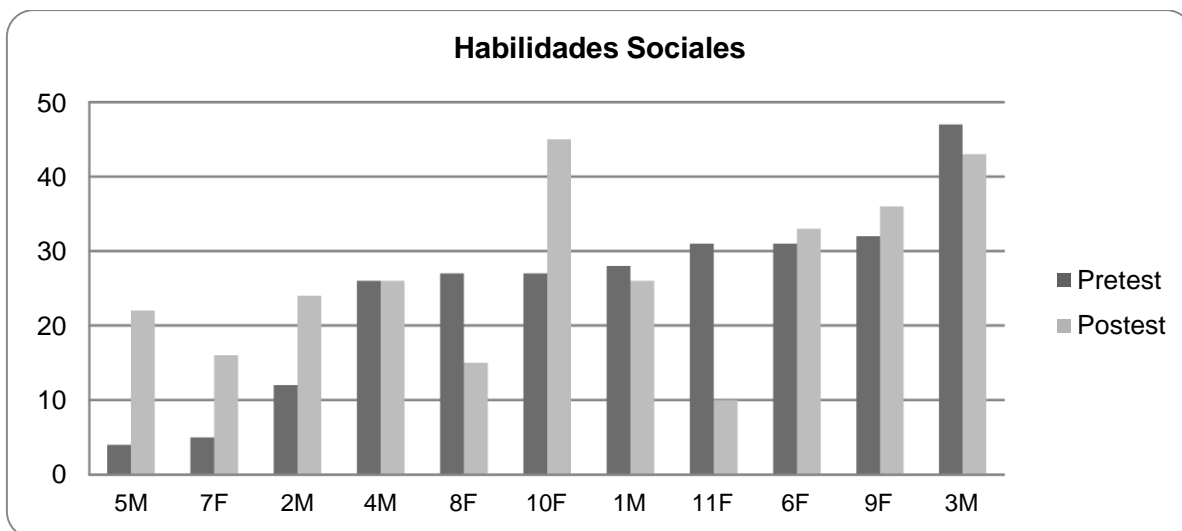


Figura 12. Puntuaciones pre y post de cada participante de la Encuesta de Habilidades Sociales para Adolescentes de Ríos (2002).

Los resultados de las puntuaciones de la Encuesta de Habilidades Sociales muestran que el 64% de los adolescentes aumento o igualaron sus puntajes respecto al pretest. Así mismo, durante el transcurso del taller muchos participantes de este mostraron claras habilidades para comunicarse con sus compañeros, sobre todo cuando se realizaban dinámicas en equipo, y se les pedía a algunos en particular, le proporcionaran retroalimentación positiva a sus compañeros del taller (Ver tabla 10).

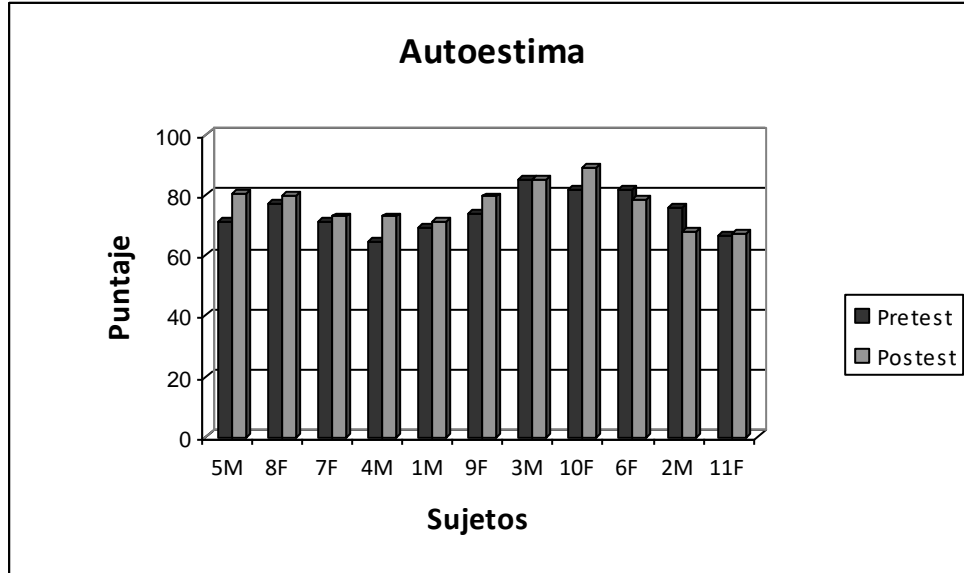


Figura 13. Puntuaciones pre y post de cada participante de Instrumento de Evaluación de la Autoestima en Adolescentes (IEAA) de Moyano, L. J. (1998)

En los resultados de la evaluación de autoestima, se observa que no existen cambios significativos entre el pre y el pos test, así se observa que los niveles de autoestima en los adolescentes cuando iniciaron el taller ya tenía puntuaciones por encima del promedio. De este modo el 60% de la muestra aumento sus puntajes en dicha evaluación, ver figura 16.

3 Validación Social

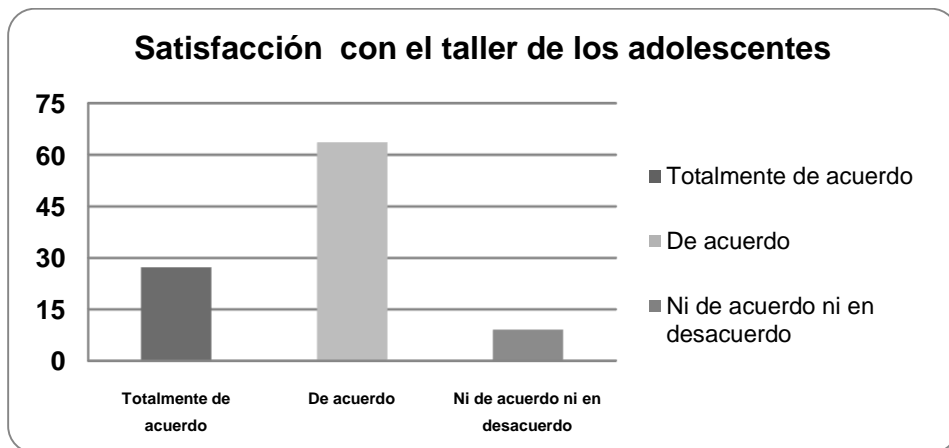


Figura 14. Puntuaciones de los adolescentes en la Escala de Validación Social (Satisfacción con el taller)

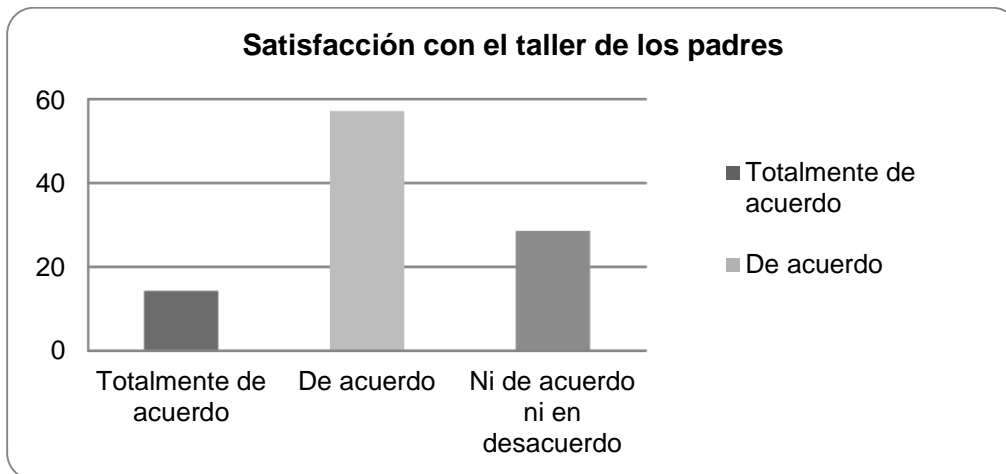


Figura 15. Puntuaciones de los padres en la Escala de validación social (Satisfacción con el taller).

En la figura 17 se observa que el 64% de los adolescentes tuvieron una actitud favorable en general con los objetivos, contenido del taller y la capacidad de las psicólogas para dirigir el mismo. Mientras tanto en la figura 18 se muestra que, tras la sesión de padres de familia, el 57% contestaron estar de acuerdo lo que indica que su actitud fue favorable en dicha sesión.

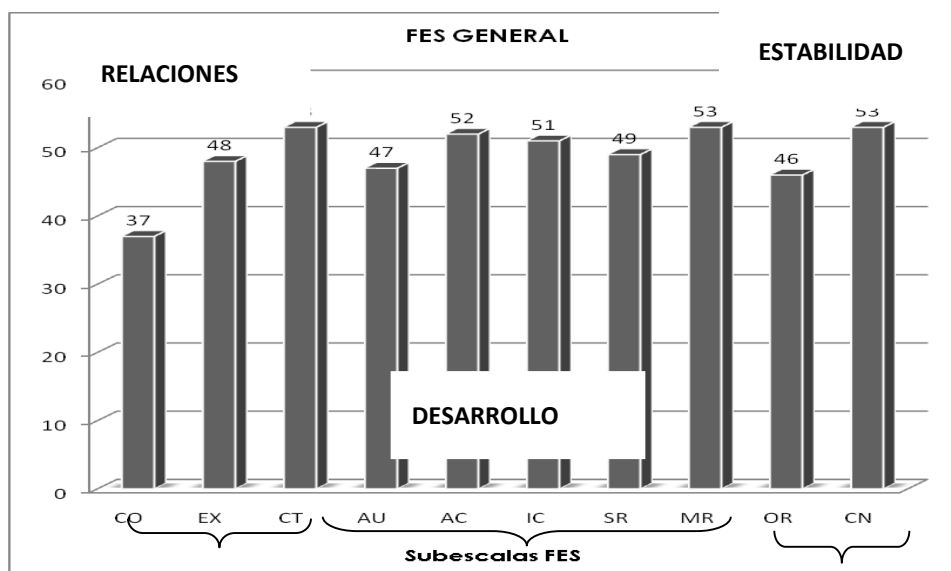


Figura 16. Resultados del FES grupal, (papás que asistieron a la sesión psicoeducativa).

La figura 19 muestra los resultados del FES global que los padres respondieron durante la sesión psicoeducativa que se llevó a cabo con ellos. En dicha gráfica se observa que la dimensión más alta del perfil es la de desarrollo o crecimiento personal y donde la subescala moral-religiosa (MR) es a la que los padres le dan más importancia en su vida cotidiana, para ellos los valores religiosos son de suma importancia. Seguida de la dimensión de estabilidad, y la que se refiere a la estructura y organización de la familia y el nivel de control que ejercen los padres de familia sobre sus hijos, y de esta dimensión la subescala de organización, que se observa como una de las más bajas, y se refiere a planear actividades familiares y tomar responsabilidades. Finalmente la dimensión menos significativa para estos papás es la de relaciones, que estaría evaluando el grado de comunicación, libre expresión y grado de relación conflictiva que caracteriza la relación familiar, donde aparece la subescala con menor puntaje de toda la gráfica y corresponde al poco grado en que los miembros de las familias que participaron en el taller están involucrados entre sí, y se apoyan muy poco.

En general, las subescalas de conflicto, moral religioso y control se observan como las más altas de la gráfica, siendo 53 el puntaje de las tres. De manera contraria las subescalas cohesión y organización son las más bajas con 37 y 46 respectivamente.

De los datos obtenidos en la entrevista inicial con los padres de familia y sus hijos y la relación de los resultados obtenidos en la Escala de Clima Social de Moss (FES), se puede justificar que existió una relación de conflicto entre los miembros de las familias que se caracterizaban por regaños, medidas disciplinarias inflexibles, en otros casos la falta de límites, lo que llegó a generar angustia y ansiedad en el núcleo familiar. En cuanto al desarrollo personal de los chicos dentro de la familia, existe un gran énfasis en los valores éticos y religiosos por parte de los padres hacia sus hijos siendo para los padres la prioridad formar “buenos” hijos en función de estos valores, en vez de fomentar autonomía, seguridad, interés por actividades culturales e intelectuales.

De esta manera se puede observar que el 45.5% (5 de los adolescentes) viven sólo con uno de sus progenitores, el 9% (1 adolescente) vive con la familia extensa y el

45.5% restante viven con ambos padres. Se observó que aquellos adolescentes quienes se caracterizaron por tener mayores dificultades en un inicio fueron los que provenían de familias monoparentales.

Las variables de habilidades de estudio y autoestima no mostraron diferencias sustanciales antes–después de la intervención. Se observan variaciones marginales, sin una tendencia.

Al final del taller hubo una retroalimentación con cada uno de los padres y adolescentes para saber su impresión inmediata del taller, sugerirles de manera particular y específica algunas recomendaciones, así como entregarles la integración de los resultado de las pruebas psicométricas aplicadas al inicio del taller.

Las ganancias reportadas por los padres luego de la intervención y en el seguimiento fueron, mayor facilidad de sus hijos para comunicarse con ellos y expresar sus emociones así como el apego a las reglas establecidas en casa y control de su enojo.

Resumen primera sección. Así se puede observar que en esta primera sesión de cambios al término de la intervención los más destacados se presentaron en las técnicas de estudio y la mejora de los adolescentes para pedir ayuda en relación con temas escolares. Así mismo se observa que los síntomas depresivos con lo que iniciaron los adolescentes el taller disminuyeron en la gran mayoría de ellos al término de la intervención. Se presenta también en esta sección el FES global de los padres en donde las subescalas “conflicto”, “moral religioso” y “control” aparecen como las más altas con la misma puntuación. Finalmente tanto adolescentes como padres coincidieron en estar de acuerdo con la satisfacción con el taller inmediatamente de terminar este.

4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para conocer si existen diferencias estadísticamente significativas generadas por la intervención por medio de programa y que se manifiestan en los puntajes obtenidos de las escalas de depresión, autoestima y habilidades sociales; se empleó una prueba de T de Sudent.

Para conocer si existen diferencias estadísticamente significativas generadas por la intervención por medio de programa y que se manifiestan en los puntajes obtenidos de las escalas de depresión, autoestima y habilidades sociales; se empleó una prueba de T de Sudent.

Tabla 6. Prueba Estadística T de Student

VARIABLES	VALOR DE T	P
Depresión	2.824	0.05
Autoestima	-1.458	0.05
Habilidades Sociales	-0.645	0.05

Para el puntaje de Depresión de Beck en la comparación de pre test pos test se aplicó una Prueba T de grupos relacionados en donde se obtuvo un resultado de $t=2.824$ con una probabilidad de .05 y 10 grados de libertad. Lo que representa que los cambios en los indicadores de esta variable es estadísticamente significativo.

Para el caso de Autoestima y Habilidades Sociales se observa que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas [la tabla 10, muestra otra cosa]. Aunque los cambios estadísticos no fueron significativos, clínicamente si se encontraron beneficios de la intervención en el autorreporte individual y de grupo.

5 OBSERVACIONES ANECDÓTICAS DURANTE LAS SESIONES

En la tabla 10 se muestra algunas observaciones conductuales anecdóticas de las psicólogas sesión a sesión, relacionadas con los efectos de la intervención. Dichas observaciones se mencionan porque durante el transcurso del taller, en algunas sesiones sobresalieron y llamaron la atención de los participantes algunos eventos específicos. No fueron medibles sin embargo, se llevó a cabo una bitácora para realizar la recopilación que se presenta en la tabla 10.

La finalidad de este registro es el complementar la información cuantitativa ya que no todos los cambios son sujetos de medición. Sin embargo, se observaron algunos que fueron importantes a lo largo del taller y estos se mencionan en la siguiente tabla:

PARTICIPANTES	SESION INFORMATIVAS PADRES	SESION 1	SESION 2	SESION 3	SESION 4	SESION 5	SESION 6	SESION 7	SESION 8	SESION 9
1M				Tuvo una intervención espontánea donde halago los dibujos de otro compañero				Comentó abiertamente con el grupo que alguna vez en su vida había probado la marihuana	Siempre se caracterizó por ser un chico sociable y logró establecer una relación estrecha con la mayoría de sus compañeros. Así mismo, intercambió datos personales (teléfono celular y correo electrónico) con algunos de los compañeros del taller	Para sus padres, él había mostrado cambios en su conducta, como llegar a la hora establecida y observaron que ya no era tan irritable. Expresaron su inquietud por complementar el taller con una evaluación médica de sus ritmos de sueño ya que su hijo presentaba algunos problemas en sus hábitos de sueño. El fue canalizado Instituto Nacional de Neurología para la evaluación de dicho problema
2M				Destacó su cooperación en la dinámica de esta sesión		A pesar del rechazo de 4M, consiguió junto con su compañera ser el único equipo en lograr el objetivo de la dinámica				
3M		Manifestó estar en desacuerdo con la conducta mostrada de 4M							Sesión de retroalimentación le sugirió a 4M "que fuera más abierto y que no se limitara únicamente a pasar el tiempo con la computadora, ya que había un mundo afuera por descubrir". Así mismo, Intercambió datos personales (teléfono celular y correo electrónico) con algunos de los compañeros del taller	
4M	Manifestó su desacuerdo para participar en el taller y lo consultó con su mamá	No quería participar en la actividad grupal	Destacó en una de las actividades por equipo, ya que explicó con elocuencia el tema que le tocó exponer	Al cambiar el escenario de bancas por colchonetas, fue el único que desde el principio estuvo de acuerdo con dicha medida	Resultó ser su participación grupal más destacada. Al integrarse con su compañero de equipo y lograr un buen desempeño	Se rehusó a participar en la actividad grupal, argumentando que no le habían gustado sus compañeros de equipo. Debido a su actitud no recibió el premio de la dinámica. Debido a esto en lo posterior se apartó del grupo				Su mamá comentó, a diferencia de lo que él manifestaba dentro del grupo, que estaba más relajado, menos ansioso, hablaba más de sí mismo y no de contextos externos a él (ciencia, computación, etc..) y que le costaba menos expresar sus emociones y empezaba a reconocer sus errores
5M			Llegó tarde a la sesión y no quiso presentarse con el grupo en esa dinámica	Mostró amablemente sus dibujos y explicó al grupo, en función a la dinámica en curso	Participó en una dinámica de ensayo conductual con una compañera, destacando por cooperar y ser simpático	Mostró gran creatividad y soltura en una de las dinámicas de esta sesión			Intercambió datos personales (teléfono celular y correo electrónico) con algunos de los compañeros del taller	Su mamá comentó que lo observaba más cooperador en casa; dispuesto a venir a la terapia por su propia voluntad, ya que al principio no era así; y que había dejado de ser tan irritable como cuando asistió por primera vez al taller

6F					Al final de la sesión ella manifestó en voz alta querer otra hora de sesión a lo que otros compañeros le secundaron		Participó en la dinámica, manifestando al grupo que se enojaba con mucha facilidad		En la mayor parte del taller se mostró inquieta, sin embargo al final dijo que le había agradado mucho y logró establecer un vínculo amistoso con 9F, 11F, 5M, 1M y 3M.	Su mamá comentó que tras el taller su hija se acercaba más a ella y expresaba sus emociones, comenzó a pedir permisos, respetaba más las reglas establecidas y trataba de ser más sociable
									Intercambió datos personales (teléfono y correo electrónico) con algunos compañeros del taller	
7F					Cooperó en el ensayo conductual con mayor confianza ante el grupo			Comentó abiertamente con el grupo que había probado varios tipos de drogas		
8F						A diferencia de 2M, ella reclamó a 4M por el rechazo manifiesto	Participó en la dinámica, manifestando al grupo que se enojaba con mucha facilidad	Logró manifestar sus gustos y disgustos sin problema y conforme iba pasando el taller se le notó más relajada y su expresión facial cambió de ser seria o de enojo a una expresión sonriente		Su mamá comentó que observó en ella cambios favorables, como el interés por retomar la escuela y que ella estaba analizando alternativas para terminar la secundaria que cooperaba más con en casa y pasaba menos tiempo fuera de ella
9F									Intercambió datos personales (teléfono celular y correo electrónico) con algunos de los compañeros del taller	
10F									A lo largo del taller siempre cooperó en las actividades grupales y para casa. Fue hasta esta sesión donde expresó sentirse sola y necesitar la atención de su mamá	Su mamá explicó que debido a su trabajo no le era posible pasar todo el tiempo con su hija, a diferencia de lo que piensa la adolescente. La mamá afirma que no es falta de interés, sino de tiempo, y cuando lo tiene lo dedica a su hija totalmente
11F						Expresó ante el grupo sentirse poco atractiva y habló abiertamente de su relación de noviazgo				

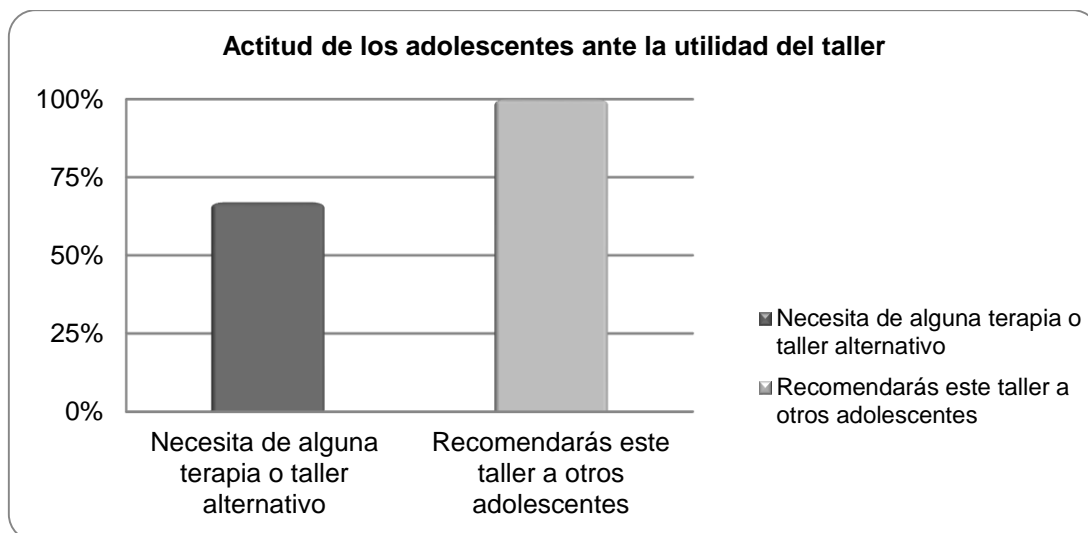


Figura 17. Actitud de los adolescentes ante la utilidad del taller.

En la figura 21 se muestra que el 67% de los adolescentes reportaron no necesitar alguna terapia o taller alternativo, aun cuando a algunos padres se les sugirió tomar una terapia alternativa después del taller, en el seguimiento reportaron sentirse saludables y no requerir terapia hasta ese momento. A su vez que el 100% indicó que recomendaría el taller a otros adolescentes.



Figura 18. Percepción de los padres sobre la utilidad del taller

En la figura 22 se muestra que el 22% de los padres consideró al taller de gran importancia, mientras que el 67% le pareció que fue de utilidad y el 11% restante de poca utilidad.

Después del seguimiento, las ganancias del taller reportadas fueron: aumento de sus redes sociales con pares y adultos, mejora de la relación con sus padres

y control del enojo, seguridad en sus relaciones interpersonales y mayor facilidad para relacionarse con sus pares, así como una mejora en la autoimagen y autoconcepto, principalmente de las adolescentes.

Resumen segunda sección. De la segunda sección que se refiere específicamente al seguimiento realizado 8 meses después, se puede resumir que de los 9 padres y 9 adolescentes entrevistados ambos coincidieron en que el taller les resultó de utilidad en su vida cotidiana. Que creen no necesitar por el momento una terapia alternativa al taller y el 100% de los adolescentes entrevistados en el seguimiento recomendaría el taller a otros adolescentes.

VI DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de esta tesis fue desarrollar y evaluar un programa de intervención breve preventivo para adolescentes tempranos, en el CSP de la Facultad de Psicología de la UNAM, con la finalidad de reducir los indicadores de riesgos a corto y mediano plazo en dicha población. Los resultados obtenidos nos indican variaciones clínicamente significativas, que se vieron reflejados en los cambios de actitud, lo que es finalmente el objetivo de la intervención breve (Heather, 1989). A corto plazo a través de la encuesta de redes de apoyo escolares donde se observó que su actitud ante una situación adversa relacionada con la escuela cambió de manera favorable al comportarse de manera proactiva; el cuestionario de validación social y las entrevistas de retroalimentación con los padres y cada uno de los participantes al final del taller en la sesión de devolución. Además, los cambios fueron evaluados también a través del cuestionario de seguimiento a mediano plazo que se realizó a 8 meses después del taller donde los cambios más importantes reportados por los adolescentes fueron mejora de la relación con sus padres y control del enojo, seguridad en sus relaciones interpersonales y mayor facilidad para relacionarse con sus pares, así como una mejora en la autoimagen y autoconcepto, principalmente de las adolescentes.

La literatura señala que los programas de intervención preventiva han sido más eficaces entre los más jóvenes y cuando las formas de intervención comprenden método cognitivo-conductuales (modelamiento, reforzamiento, etc.), en comparación con otras técnicas. La conclusión de algunos autores como

Ezpeleta (2005), es que la mayoría de los programas de prevención primaria fueron eficaces y redujeron los problemas y/o aumentaron las competencias. Además, señalan que, dado que por lo general las personas que participan en programas de prevención primaria no suelen presentar problemas y se desenvuelven en el rango de la normalidad, estos resultados son especialmente importantes, ya que no era de esperarse un cambio tan marcado, como sucedió en esta investigación, en donde estadísticamente no se observaron variaciones significativas en todas las áreas, sin embargo, los resultados a corto y mediano plazo muestra un cambio de actitud en los adolescentes.

Aunque en la mayoría de los estudios o investigaciones científicas la significancia estadística es importante para explicar o fundamentar los resultados obtenidos, en los métodos de investigación con N pequeña como este fue el caso, es más factible estudiar el comportamiento individual durante un periodo de tiempo relativamente prolongado, es más viable observar las ejecuciones individuales ya que los promedios de grupo no ofrecen información sobre si la ejecución de un paciente en particular respondió al procedimiento terapéutico de la misma forma que respondió la mayoría de los sujetos, es más factible con este tipo de estudios hacer un seguimiento de cada individuo.

Es importante comentar que el papel de la estadística difiere tanto en estudios de N pequeña como N grande ya que los investigadores de N pequeña consideran que las diferencias entre grupos no permiten explicar la forma como respondió al tratamiento un sujeto en particular haciendo así más énfasis en el criterio clínico que en la validez interna, este criterio clínico se refiere a que donde debe de presentarse un cambio comportamental definido para que se satisfaga dicho criterio. Una de las ventajas de estudios con N pequeña consiste en que permite a los investigadores realizar un estudio más completo de los sujetos de forma individual además que ofrece un método experimental alternativo, en aquellas circunstancias en las cuales sólo se pueden conseguir unos cuantos sujetos para el estudio.

La desventaja de este tipo de estudios es que no necesariamente puede generalizarse los resultados a un grupo grande.

El criterio de significación en estudios con muestras pequeñas es diferente a la investigación con N grande. En criterio experimental es se satisface si el cambio comportamental es confiable, válido y estadísticamente significativo. Estos resultados no necesariamente satisfacen el criterio clínico, que suele ser diferente, pues este no se limita a exigir simplemente que se presente una mejoría estadísticamente significativa, sino que en virtud del cambio comportamental el paciente retome a lo que llamamos normalidad.

Debido a la demanda de servicios por parte de los adolescentes y a la escasez de recursos profesionales se hace necesario proporcionar el diseño de intervenciones psicológicas relevantes. Una alternativa costo-efectiva son las intervenciones breves de carácter grupal. Éstas, apoyadas en los métodos psicoeducacionales, tienen la finalidad de sensibilizar y movilizar a los adolescentes hacia un cambio del comportamiento que posteriormente les permitirá a enfrentarse a las situaciones de riesgo. Esto implica el conocer sus propias fortalezas, debilidades así como factores externos que pueden utilizar como herramienta para enfrentar los factores de riesgo a los que diariamente se está expuesto.

Ya que una de las ventajas de hacer una aplicación a un grupo reducido es el evaluar los cambios de manera individual, al respecto se puede decir que efectivamente hubo dichos cambios que son descritos a detalle en la tabla 11 de observaciones conductuales, donde podemos observar desde la adolescente que en un inicio del taller mostraba una expresión de molestia y rechazo y que conforme iba avanzando el mismo se integró con el grupo participando activamente en los ejercicios, expresando abiertamente su opinión, incluso, el cambio en su expresión facial cambió mostrándose más relajada e incluso podía intercambiar una sonrisa.

La efectividad de las intervenciones breves reside en que es funcional para aquellas personas que no buscan una atención especializada, esto significa que es ideal para aquellas personas que no presenten un cuadro como un problema de abuso de sustancias manifiesto, es decir con un problema ya francamente identificado si no que están bajo una situación de riesgo, sin que aun su conducta

represente de manera evidente un conflicto. Es decir, se ubica dentro del nivel de atención primaria donde únicamente se orienta a los jóvenes a resolver problemas o conflictos no arraigados ni profundos, ni cambiar situaciones clave de la vida por el contrario, lo que si se obtiene de ella es centrarse en la necesidad de tomar una decisión específica ante una situación actual (Vega, Maddaleno, Mazin 2005).

Los recursos materiales utilizados en esta intervención son muy accesibles y de esta manera el costo beneficio es grande, puesto que se pueden llevar a cabo las réplicas sin necesidad de hacer una gran inversión económica. Cabe mencionar que su estructura y diseño permite que pueda estar al alcance de toda la población que lo solicite en el CSP.

Una de las finalidades de este programa de intervención es que puede ser aplicado por profesionales (profesores, trabajadores sociales, etc.) que tengan contacto directo con adolescentes, y no necesariamente profesionales de la salud mental, esto debido a que se cuenta con un manual el cual describe sesión por sesión las actividades a seguir, las cuales son muy sencillas para llevar a cabo y que demandan poco tiempo de la práctica clínica asistencial.

Para este tipo de intervención el uso de un manual y el material para los participantes fue fundamental, ya que estos tienen la función de ser una herramienta de autoayuda durante y después de la intervención.

Las múltiples dificultades que contienen los programas preventivos, tanto en diseño, implementación y evaluación son difíciles de evitar, en programas que por lo general se llevan a cabo en el medio natural. La gran mayoría de los programas aplicados a niños y adolescentes han sido dirigidos a grupos de alto riesgo. La dificultad de estos estudios es la selección de factores de riesgo adecuados (Ezpeleta, 2005).

Las teorías sobre el desarrollo humano y las conductas del adolescente establecen que habilidades específicas como las habilidades sociales, son componentes esenciales de un desarrollo saludable, y son habilidades que definen a un niño de carácter fuerte. A través de la investigación también se ha encontrado que estas habilidades particulares son mediadores de conducta en

la adolescencia. Los resultados de la evaluación de programas muestran que el desarrollo de las habilidades para la vida puede retrasar el inicio del uso de drogas, prevenir conductas sexuales de alto riesgo, enseñar a controlar la ira, mejorar el desempeño académico y promover el ajuste social positivo. (Mangrulkar, Vince Whitman, & Posner, 2001).

En este sentido, es aconsejable realizar programas o intervenciones preventivas dirigidas a la población infantil y adolescente, que deberían formar parte de los programas educativos, especialmente en los grupos sociales de condiciones más adversas. Educación para la salud, educación emocional, aprendizaje de habilidades para afrontar el estrés, control emocional, habilidades sociales, solución de problemas y habilidades de estudio deberían formar parte de los programas educativos (Ezpeleta, 2005). Debido a esto y a los motivos de consulta más recurrentes en los adolescentes que acudieron al CSP se decidió incluir estos temas en el programa implementado.

A la fecha no existen datos precisos de los servicios de salud para niños y adolescentes en riesgo, de esto se deriva que en cualquier tipo de atención para esta población debe de haber un proceso eficaz para identificar y clasificar sus motivos de consulta y de ahí realizar un diagnóstico acertado que nos permita aplicar un tratamiento funcional, o bien en caso de que este no se aplique en la institución, poder canalizarlo al servicio adecuado.

Para que los adolescentes puedan alcanzar sus metas, las teorías del desarrollo establecen que habilidades específicas como las habilidades sociales son componentes primordiales de un desarrollo saludable y habilidades que definen a un niño de carácter fuerte. En los resultados de nuestra intervención pudimos observar que en el área de habilidades sociales hubo un cambio benéfico en el 55% de los participantes, cabe mencionar que en el seguimiento los padres reportaron cambios de actitud importantes que perduraron hasta ese momento.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la escala de validación social, se pudo observar que en el 64% de los adolescentes y el 57% de los padres, el programa fue satisfactorio y cumplió con las expectativas tanto de los padres como de los adolescentes. El objetivo de esta validación es evaluar cuál fue el impacto y utilidad de este programa en los padres y adolescentes que asistieron al taller.

El nivel de permanencia, que fue del 85% hasta final del taller, esto nos indicó el interés por asistir al mismo, a pesar de la renuencia que en un principio podía observarse por parte de algunos participantes, se observó que conforme iban avanzando las sesiones existía una mayor integración en el grupo, los jóvenes asistían puntualmente al mismo y participaban con entusiasmo en las actividades de cada sesión, cabe mencionar también que durante en el cuestionario de seguimiento indicaron que aún mantenían la comunicación con sus compañeros.

Independientemente del contexto del desarrollo y en particular de los adolescentes se debe resaltar que estos gracias a sus capacidades cognitivas constantemente evalúan sus propias experiencias, dan significado a su mundo, hacen planes para el futuro y desarrollan la capacidad de autorreflexión, por lo que el contenido del taller estuvo enfocado precisamente a actividades donde ellos pudieran identificar la causa y efecto de las conductas, en particular de las riesgosas, haciendo que ellos mismo reflexionaran y respondieran ante evaluaciones situacionales. La adolescencia es justamente esta etapa donde piensan de forma más abstracta y adquieren un pensamiento formal. Los adolescentes tienen sus propias metas, objetivos, expresan determinados valores y convicciones para resolver problemas y construir su propia identidad, en función de sus creencias y valores; parte de esto fue justamente lo que se trató de proporcionarles en el taller de prevención de riesgos y de esta manera que puedan afrontar las circunstancias con las herramientas, conductuales y de juicio, necesarias y así evitar los múltiples riesgos en los que pueden verse involucrados.

Limitaciones, mediciones indirectas autorreporte y no cambios observados, variables de control (autoselección), grupo independiente sin tratamiento.

VII SUGERENCIAS

Se sugiere que para las réplicas, implementar un taller para padres alternativo al de los adolescentes, esto con la finalidad de sensibilizarlos y que comprendan que la etapa por la que cruzan sus hijos no es precisamente de "crisis", sino es un proceso de riesgos como cualquier otro en la vida, ya que las normas históricas y culturales tienen una gran influencia en cómo se comportan los adolescentes en esta etapa de su vida.

Es importante hacer hincapié que aunque en adolescencia es una fase del desarrollo que se encuentra en un período de inestabilidad, esto no es exclusivo ni permanente para la vida adulta. Por el contrario, existen otros periodos de transición a parte de la adolescencia que ocurren durante el ciclo de la vida y que pueden ser igual de difíciles y problemáticos tanto en la adultez, edad madura o vejez. Por lo tanto “la crisis” de la adolescencia no es la única en la vida de las personas (Bonino, 2005). También se aconseja que los programas de atención diseñados para los adolescentes no solamente se enfoquen en los factores de riesgo, si no que a su vez se refuercen los factores de protección más importantes que ya existen en cada uno de los adolescentes y en el medio que les rodea esencialmente la familia, la escuela y los amigos.

Dentro de la intervención el contenido del programa pudo proveer de elementos que promueven la resiliencia en adolescentes y los padres en particular, por ejemplo, mejora de la autoestima, habilidades para la solución de problemas, habilidades sociales, etc., sin embargo, se sugiere que en estudios posteriores de este proyecto se haga énfasis en enseñarles este concepto de forma más directa para que en la fase de la adolescencia temprana comprendan que las personas aunque no sean resilientes puedan desarrollar esta habilidad y estar mejor preparados para resolver conflictos que se les presenten ya que en cualquier momento estamos expuestos a diversos factores de riesgo.

De esta forma es aconsejable incluir intervenciones preventivas universales como parte de los programas educativos, y no solo en instituciones de salud mental; especialmente para los grupos sociales de condiciones más adversas. Recordemos que estas están dirigidas al público en general y no se limita a un tipo de población.

Así como, formación de recursos humanos y disseminación del programa. Uso de la guía clínica para la aplicación del programa.

El tema de habilidades de estudio es un tema que es importante pero que debe de abordarse por separado en un taller específico y no dentro del taller incluido con habilidades sociales, debido a que el tiempo que se invierte en este, sea utilizado para ampliar el área de habilidades sociales quedando la estructura de ésta en tres áreas:

Habilidades sociales o interpersonales, incluyendo comunicación, habilidades para negociación/rechazo, confianza, cooperación y empatía.

Realizar mediciones de las ejecuciones individuales antes y durante la intervención para poder observar si hubo cambio en el comportamiento.

Habilidades cognitivas, incluyendo solución de problemas, comprensión de consecuencias, toma de decisiones, pensamiento crítico y autoevaluación.

Habilidades para el control de emociones, incluyendo el estrés, los sentimientos, el control y el monitoreo personal.

Asimismo para el tema de habilidades de estudio indagar acerca de pruebas psicométricas que midan cambios de conducta y no solo de actitud, y que se puedan aplicar en pre-pos test, al momento de la aplicación de este taller no fue un trabajo fácil encontrar algunas de ellas para la aplicación.

De esta manera podemos concluir que los objetivos particulares de esta investigación, descritos en el método se cumplieron satisfactoriamente, disminuyendo las conductas de riesgo, mejorando las conductas de salud y el bienestar del adolescente

VIII REFERENCIAS

- (1996). A Plan for Prevention Research for the National Institute of Mental Health. National Institute of Mental Health. NIH Publication.
- Aguilar, G., & Cruz, D. (2001). Influencia del ambiente familiar y el modo de afrontamiento al estrés en el rendimiento escolar de adolescentes de 12 a 16 años. Tesis de licenciatura . Mexico: UNAM.
- Aguirre, A. (1996). Psicología de la Adolescencia. México: Alfaomega.
- Amar, J. J., Klotiarenko, M. A., & Abello, R. (2003). Factores relacionados con la resiliencia en niños colombianos víctimas de violencia intrafamiliar. *Investigación y Desarrollo* , 11 (001), 162-197.
- Aragón, L., & Silva, A. (2002). Evaluación psicológica en el área clínica. México: Pax.
- Azua, E., & Contreras, R. (1994). Evaluación de habilidades sociales en adolescentes:Diferencias de género. Tesis licenciatura . D.F., México: UNAM.
- Barona, B. (2003). Los hábitos de estudio y su relación con el rendimiento escolar. Tesis de licenciatura . Mexico: UNAM.
- Bermudez, M. d. (2000). Déficit de autoestima. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y la adolescencia. Madrid: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya).
- Biglan, A., Brennan, P., Foster, S., & Holder, H. (2003). Helping Adolescents at Risk:Prevention of multiple problem behavior. New York: Guilford Press.
- Bonino, S., Cattelino, E., & Ciairano, S. (2003). Adolescents and risk. Italia: Springer.
- Bronfenbrenner, U. (2002). La ecología del desarrollo humano. Barcelona: Paidós.
- Burt, M. R. (1998). ¿Por qué debemos invertir en el adolescente? En O. Ordenes, & M. Cardinale (Ed.), *Salud integral de los adolescentes y jóvenes de*

América Latina y del Caribe (págs. 1-59). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud y Fundación W.K.Kellog.

Caballo, V. (1993). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid: Siglo Veintiuno.

Caballo, V. (1993). Manual de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales. Madrid: Siglo Veintiuno.

Campa, N., Dolores, M., & Ramos, R. (2000). Evaluación de las habilidades sociales y problemas de conducta en adolescentes de nivel medio superior. Tesis Licenciatura, México.

Caraveo-Anguaga, J., Colmenarez, E., & Martínez-Velez, N. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental de niños adolescentes de la Ciudad de México. Salud Pública de México , 44 (6), 492-498.

Carretero, M., Palacios, J., & Marchesi, Á. (1995). Psicología evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud. Madrid: Alianza Psicológica.

Castillo, A. (2001). Hábitos de personalidad y Salud como predictores del rendimiento escolar en estudiantes del nivel medio superior. Tesis de Licenciatura . México: UNAM.

Casullo, M. M. (1998). Adolescentes en riesgo. Identidad y orientación psicológica (Primera edición ed.). Buenos Aires: Paidós.

Clemente, R. A., & Hernández, C. (1996). Contextos de desarrollo psicológico y educación, Colección educación y psicología. España, Granada: Aljibe.

Cova, F. (2004). La psicopatología evolutiva y los factores de riesgo: El desarrollo de una mirada procesual. Revista de Psicología , XIII (1), 93-101.

De la Fuente, R., Medina-Mora, M. E., & Caraveo, J. (1997). Salud Mental en México. México: Fondo de Cultura Económica.

- De Roux, I. G. (1994). La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludable en el desarrollo de la salud. *Educ Med Salud* , XXVIII (2), 223-233.
- DuMonta, K. A., Spatz Widomb, C., & Czaja, S. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown up: The role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse & Neglect* , 31, 255-274.
- Ezpeleta, L. (2005). Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo. Barcelona: Masson.
- Fernández-Ríos, L. (1994). Manual de psicología preventiva, Teoría y práctica (Primera Edición ed.). Madrid, España: Siglo Veintiuno editores.
- Figueroa, M. (2001). Factores psicosociales y de personalidad asociados con el rendimiento académico en adolescentes del género femenino. Tesis de licenciatura . Mexico: UNAM.
- Friedberg, R., & Mc Clure, J. (2005). Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes. Barcelona: Paidós.
- Galvan, E., Reid, J., & García, V. (1993). Prevención en psicología. CONACYT. México: Facultad de psicología, UNAM.
- García-Huidobro, C., Gutierrez, M., & Condemarín, E. (1999). A estudiar se aprende. Metodología de estudio sesión por sesión. México: Alfaomega.
- Geldard, K., & Geldard, D. (2004). *Counselling Adolescents: The proactive approach*. Great Britain: SAGE Publications.
- Goodyer, I. (1995). Risk and resilience processes in childhood and adolescence. En B. Lindström, & N. Spencer, *Social Paediatrics*. Oxford: Oxford University Press.
- Guerrero Cruz, G. (2005). "Programa de apoyo para adolescentes de escuela secundaria inscritos en familias disfuncionales". México: UNAM.

- Guevara, E. (2001). Taller para adolescentes. Una propuesta teórica metodológica para trabajo con padres y adolescentes. Tesis licenciatura . D.F., México: UNAM.
- Guevara, E. (2001). Taller para adolescentes. Una propuesta teórica metodológica para trabajo con padres y adolescentes. Tesis Licenciatura, UNAM, México.
- Gutierrez, B., Coria, M., Ornelas, R., Espinoza, L., Hernandez, L., Rodriguez, L., y otros. (2007). La insoportable Levedad. SALUD MENTAL , 39-45.
- Hayes, L. R., & Kameguchi, K. (2005). Psycho-Education for Japanese youth. International Journal for Advancement in Counselling , 27 (1), 1-16.
- Heather, N. (1989). Psychology and Brief Interventions. British Journal of Addiction , 84, 357-370.
- Hidalgo, C. (1999). Comunicación Interpersonal. Programa de entrenamiento en habilidades sociales (Tercera edición ed.). Santiago de Chile: Alfaomega.
- Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T., Polo-Tomás, M., & Taylor, A. (2007). Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: a cumulative stressors model. Child abuse and Neglect , 231-253.
- Krauskopf, D. (1995). Las conductas de riesgo en la fase juvenil. Encuentro Internacional sobre Salud Adolescente, (págs. 1-20). Colombia.
- Lerner, R., & Lerner, J. (1999). Adolescence: Development, Adversity and Context. New York: Garland Publishing.
- Llanes, J., & Castro, M. E. (2002). ¿Cómo proteger a los preadolescentes de una vida con riesgos? Chimalli, Modelo de prevención de Riesgos Psicosociales. México: Pax.
- Llanes, J., Castro, M. E., & Margain, M. (2003). ¿Qué puedo hacer por la prevención yo, como maestro? México: Pax.

- Maddaleno, M., Morello, P., & Infante-Espínola, F. (2003). Salud y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes en América Latina y el Caribe: Desafíos para el próxima década. *Salud Pública de México* , 45, 132-139.
- Magaña, L. (1996). Factores que influyen en el rendimiento académico en un grupo de adolescentes. Tesis de maestría . México: UNAM.
- Manciaux, M. (2003). *La Resiliencia: Resistir y rehacerse* (Primera edición ed.). España, Barcelona: Gedisa.
- Mangrulkar, L., Vince Whitman, C., & Posner, M. (2001). Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Organización Panamericana de la Salud, Centro de Desarrollo en Educación. Washington: OPS.
- Marchesi, A., Carretero, M., & Palacios, J. (1995). *Psicología Evolutiva, Tomo I: Teorías y Métodos*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Martínez Díaz, A., & Esteban Jimenez, R. (1999). Prevención de salud mental en México. Estado actual y perspectivas. *Salud mental* , 154-158.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., y otros. (2003). Prevalencia de Trastornos Mentales y uso de servicios: Resultado de le Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* , VI (4), 1-16.
- Melillo, A. (2004). *Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida*. Buenos Aires: Paidós.
- Montt, M. E., & Ulloa Chávez, F. (1996). Autoestima y salud mental en los adolescentes. *Salud Mental* , 19 (3), 30-35.
- Moreno Guevara, S. (2004). Propuesta de un programa de entrenamiento en habilidades sociales para mejorar el autoconcepto en adolescentes. Tesis licenciatura . D.F., México: UNAM.
- Moreno, S. (2004). Propuesta de un programa de entrenamiento en habilidades sociales para mejorar el autoconcepto en adolescentes. Tesis licenciatura, UNAM, México.

- Moyano, J. (2001). Propuesta de un instrumento que evalúe la autoestima en la adolescencia. Tesis licenciatura, UNAM, México.
- Mruck, C. (1999). Autoestima: Investigación, teoría y práctica (Segunda edición ed.). Bilbao: Bibliogeca de psicología Desclée de Brouwer.
- Munist, M., Santos, H., Klotiarenco, M., Suárez Ojeda, E. N., Infante, F., & Grotberg, E. (1998). Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Washington, Estados Unidos de America: OPS.
- Palacios, J., Marchesi, A., & Coll, C. (1995). Desarrollo psicológico y educación, Tomo I: Psicología evolutiva. España: Alianza Editorial.
- Papalia, D., Wendkos, O., & Sally, D. (2005). Desarrollo Humano (Novena edición ed.). México: Mc Graw Hill.
- Pharoah, R. (Diciembre de 2004). A generation at risk? HIV/AIDS, vulnerable children and security in Southern Africa. 122.
- Quiroga, S. (1999). Adolescencia. Del goce orgánico al hallazog del objeto. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Renschmidt, H. (2003). Esquizofrenia en niños y adolescentes. Barcelona: Ariel.
- Santos Preciado, J. I. (2003). La salud de adolescentes: Cambio de paradigma de un enfoque de saños a la salud al de estilos de vida sana. Salud pública de México , 45, 5-7.
- Santos-Preciado, J., Villa-Barragán, J. P., García-Avilés, M., León-Alvarez, G., Quezada, S., & Tapia-Conyer, R. (2003). La transición epidemilógica de los y las adolescentes. Salud Pública , 45, 140-152.
- Santrock, J. W. (2004). Psicología del desarrollo en la adolescencia. Madrid: McGraw Hill.
- Seligman, E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology, an introduction. American Psychologist , XV (I), 5-14.

Tapia-Conyer, R., Kuri, P., & Hoy-Gutierrez, M. d. (2001). Panorama epidemiológico del tabaquismo en México. *Salud Pública* , XXXXIII (5), 478-484.

Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital. (2000). OMS .

Valencia, M. (2007). Trastornos Mentales y problemas de salud mental. Día mundial de la Salud Mental 2007. *Salud Mental* , 30 (002), 75-80.

Varela, F. (2005). La resiliencia en y desde la escuela. Recuperado el 23 de Enero de 2008, de http://sepiensa.org.mx/contenidos/2005/d_resiliencia/resiEsc_2.htm

Vázquez, L. A., Sesma, S., & Hernández-Ávila, M. (2002). El consumo de tabaco en Iso hogares en México: resultado de la encuesta de ingresos y gastos de los hogares 1984-2000. *Salud Pública de México* , 76-81.

Vega, A., Maddaleno, M., & Mazin, R. (2005). Modelo de Consejería Orientada a Jóvenes: En prevención del VIH para prevenir VIH/ITS y para promover la salud sexual y reproductiva. (M. F. Rava, Trad.) Washington: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

Verduzco Alvarez-Icaza, M. A., Lucio Gómez-Maqueo, E., & Duran Patiño, C. (2004). La influencia de la autoestima en la percepción del estrés y afrontamiento en niños de edad escolar. *Salud Mental* , XXVII (4), 18-25

IX ANEXOS

PARTE 1

ENCUESTA PARA LA ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO

INSTRUCCIONES: A continuación se encuentran una serie de preguntas relacionadas a la organización del estudio. Por favor, contesta “SI” o “NO” dependiendo la respuesta que más se parezca a tu situación escolar y marca la casilla apropiada en la hoja de respuestas (sólo debes marcar una opción). Si te surge alguna pregunta, no dudes en consultar al instructor.

PARTE 2

ENCUESTA SOBRE TÉCNICAS DE ESTUDIO

INSTRUCCIONES: A continuación se encuentran una serie de preguntas relacionadas sobre tus técnicas de estudio. Por favor, contesta “SI” o “NO” dependiendo la respuesta que más se parezca a tu situación escolar y marca la casilla apropiada en la hoja de respuestas (sólo debes marcar una opción). Si te surge alguna pregunta, no dudes en consultar al instructor.

CUESTIONARIO
1. ¿Sueles dejar para el último momento la preparación de tus trabajos?
2. ¿Crees que el sueño o el cansancio te impiden estudiar eficazmente en muchas ocasiones?
3. ¿Es frecuente que no termines tus tareas escolares a tiempo?
4. ¿Tiendes a emplear tiempo en leer revistas, ver TV o charlar cuando deberías dedicarlo a estudiar?
5. Tus actividades sociales o deportivas, ¿te llevan a descuidar, a menudo tus tareas escolares?
6. ¿Sueles dejar pasar un día o más antes de repasar los apuntes tomados en clase?
7. ¿Sueles dedicar tu tiempo libre a otras actividades que no sea estudiar?
8. ¿Descubres algunas veces repentinamente, que debes entregar una tarea antes de lo que creías?
9. ¿Te retrasas con frecuencia en una materia debido a que tienes que estudiar otra?

10. ¿Te parece que tu rendimiento es muy bajo, en relación con el tiempo que dedicas al estudio?
11. ¿Tu escritorio de estudio está situado directamente frente a una ventana puerta u otra fuente de distracción?
12. ¿Sueles tener fotografías, trofeos o recuerdos sobre tu escritorio o lugar de estudio?
13. ¿Sueles estudiar recostado en la cama o en un asiento cómodo?
14. ¿Produce resplandor la lámpara que utilizas al estudiar?
15. Tu mesa de estudio, ¿está tan desordenada y llena de objetos que no dispones de espacio suficiente para estudiar con eficacia?
16. ¿Sueles interrumpirte con frecuencia personas que vienen a visitarte cuando estas estudiando?
17. ¿Estudias con frecuencia, mientras tienes prendida la TV o el radio?
18. En el lugar donde estudias, ¿tienes acceso fácil a revistas o fotos de muchachos (as) de tu preferencia?
19. ¿Con frecuencia interrumpen tu estudio, actividades o ruidos provenientes del exterior?
20. ¿Suele hacerse lento tu estudio debido a que no tienes a la mano los libros y materiales necesarios?

CUESTIONARIO

1. ¿Tiendes a comenzar la lectura de un libro de texto sin hojear previamente los subtítulos y las ilustraciones que pueda contener?
2. ¿Por lo general, te saltas las figuras, gráficas y tablas cuando estudias un tema?
3. ¿Sueles ser difícil seleccionar los puntos más importantes de los temas de estudio?
4. ¿Con cierta frecuencia, te sorprendes pensando en algo que no tiene nada que ver con lo que estas estudiando?
5. ¿Sueles tener dificultad en entender tus apuntes de clase cuando tratas de repasarlos después de cierto tiempo?
6. Al tomar notas ¿Te sueles quedar atrás con frecuencia debido a que no puedes escribir con suficiente rapidez?

7. Poco después de comenzar un curso, ¿Sueles encontrarte con que tus apuntes forman un “revoltijo” (son un desorden)?
8. ¿Tomas normalmente tus apuntes tratando de escribir las palabras exactas del profesor?
9. Cuando tomas notas de un libro, ¿Tienes la costumbre de copiar el material necesario, palabra por palabra?
10. ¿En general, te es difícil seleccionar un tema apropiado para un trabajo escolar?
11. ¿Sueles tener problemas para organizar el contenido de un trabajo escolar?
12. ¿Sueles realizar el esquema de un trabajo, una vez que lo has redactado?
13. ¿A veces te preparas para un examen memorizando fórmulas, definiciones o reglas que no entiendes con claridad?
14. ¿Te resulta difícil decidir qué estudiar y cómo estudiar, cuando te preparas para un examen de opción múltiple?
15. ¿Sueles tener dificultades para organizar en orden lógico, las materias que debes estudiar por unidades?
16. Al estudiar para un examen ¿Sueles estudiar toda la asignatura en el último momento?
17. ¿Sueles entregar tus exámenes sin revisarlos antes detenidamente para ver si tienen algún error, cometido por descuido?
18. ¿Con frecuencia, te es imposible terminar una exposición de algún tema en el tiempo que el profesor te indicó?
19. ¿Sueles restar puntos en exámenes de “verdadero-falso” debido a que no lees detenidamente las preguntas?
20. ¿Normalmente, empleas mucho tiempo en contestar la primera mitad de un examen y tienes que apresurarte en la segunda mitad por falta de tiempo?

PARTE 3

ENCUESTA SOBRE LA MOTIVACIÓN PARA EL ESTUDIO

INSTRUCCIONES: A continuación se encuentran una serie de preguntas relacionadas con la motivación del estudio. Por favor, contesta "SI" o "NO" dependiendo la respuesta que más se parezca a tu situación escolar y marca la casilla apropiada en la hoja de respuestas (sólo debes marcar una opción). Si te surge alguna pregunta, no dudes en consultar al instructor.

ENCUESTA MOTIVACIÓN PARA EL ESTUDIO

1. Después de los primeros días o semanas del curso ¿tiendes a perder interés por el estudio?
2. En general, ¿crees que basta estudiar lo necesario para obtener un “aprobado” en las asignaturas?
3. ¿Frecuentemente, te sientes confuso e indeciso sobre cuáles deben ser tus metas académicas?
4. ¿Sueles pensar que no vale la pena el tiempo y el esfuerzo que son necesarios para concluir tus estudios?
5. ¿Crees que es más importante divertirse y disfrutar de la vida, que estudiar?
6. ¿Sueles pasar el tiempo de clase en divagaciones o soñando despierto en lugar de atender al profesor?
7. ¿Frecuentemente, te sientes incapaz de concentrarte en tus estudios debido a que estás inquieto, aburrido o de mal humor?
8. ¿Con frecuencia, piensas que las materias que estudias tienen poco valor práctico para ti?
9. ¿Sientes frecuentes deseos de abandonar la escuela y conseguir un trabajo?
10. ¿Sueles tener la sensación de que lo que te enseñan en la escuela no te prepara para afrontar los problemas de tu vida futura?
11. ¿Sueles dedicarte a estudiar sólo casualmente o bien, según el estado de ánimo en que te encuentres?
12. ¿Te desagrada estudiar libros de texto porque son simples y aburridos?
13. ¿Esperas normalmente a que se te fije la fecha de un examen para comenzar a estudiar los libros de texto o repasar tus apuntes de clase?
14. ¿Sueles pensar que los exámenes son pruebas de las cuales no hay otra opción más que realizarlos?
15. ¿Sientes con frecuencia, que tus profesores no comprenden las necesidades e intereses de los estudiantes?
16. Normalmente, ¿Tienes la sensación de que tus profesores exigen demasiadas horas de estudio fuera de clase?
17. Por lo general, ¿dudas en pedir ayuda a tus profesores en tareas que te son difíciles?
18. ¿Sueles pensar que tus profesores no tienen contacto con los temas y sucesos de actualidad?
19. ¿Por lo general, te es difícil hablar con tus profesores de tus proyectos futuros o del estudio?
20. ¿Con frecuencia, críticas a tus profesores cuando platican con sus compañeros?

Encuesta de Redes de Apoyo Escolares

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Fecha:** _____

Año escolar: _____

¿Tienes actualmente alguna dificultad en tu desempeño escolar? Si ____ No ____

El objetivo de este cuestionario es entender cómo los alumnos actúan cuando enfrentan dificultades en el trabajo escolar (por ejemplo al comprender una clase o al tratar de hacer la tarea). No hay respuestas correctas o incorrectas, todas las respuestas son valiosas. Responde de acuerdo a lo que refleja cómo actúas usualmente.

Instrucciones. Contesta atentamente las siguientes preguntas según tu propia opinión, recuerda que debes ser lo más sincero posible. Existe una serie de preguntas abiertas y otras donde deberás marcar las siguientes opciones:

- ✓ Cada vez
- ✓ Regularmente
- ✓ A veces
- ✓ Pocas veces
- ✓ Nunca

IMPORTANTE. Además de contestar, te pedimos que nos indiques si las preguntas son completamente claras para ti (indícalo con una palomita luego de la pregunta, ✓) o, si existe algo que no te permita entender el cuestionario, puedes corregir el cuestionario donde encuentres dificultad y te agradeceremos tu sugerencia agregando el texto para hacerlo más claro. Gracias.

1. ¿Cuándo existe un tema o tarea escolar que no hayas entendido. Pides apoyo a alguien, a quién? Sí, por qué _____ _____
No, por qué _____ _____
2. En casa, ¿a quién recurre para resolver tus dudas escolares? _____
3. ¿Te sientes seguro solicitando apoyo de alguien extraño para resolver tus dudas, y si es el caso, a quién acudes regularmente?
4. ¿Con qué frecuencia solicitas ayuda a algunos de tus padres o ambos cuando tienes alguna dificultad académica en la escuela (comprender clase o hacer la tarea)? 1. Cada vez 2. Regularmente 3. A veces 4. Pocas veces 5. Nunca
5. ¿Con qué frecuencia te acercas a tus profesores cuando no has entendido algo durante la clase, o tienes problemas con la tarea? 1. Cada vez 2. Regularmente 3. A veces 4. Pocas veces 5. Nunca
6. ¿Con qué frecuencia te acercas a tus compañeros de clase si no te quedó claro lo visto en clase? 1. Cada vez 2. Regularmente 3. A veces 4. Pocas veces 5. Nunca
7. ¿Cuántas veces a la semana revisas tus apuntes llegando a casa para tener fresca la información vista en clases? Todos los días Tres o cuatro Dos o menos
8. ¿Qué es lo que usualmente haces cuando recibes una mala calificación de tus profesores? _____
9. ¿A quién recurre cuando has recibido una mala calificación? _____
10. Marca o subraya las técnicas que usas para preparar tareas, exámenes y/o clases: Ninguna Subrayado de apuntes Lectura de apuntes Acordeón Cuadro sinóptico Resúmenes Lectura de libros Otros
11. ¿Cómo consideras tu rendimiento en la escuela? Excelente _____ Bueno _____ Regular _____ Malo _____

ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES PARA ADOLESCENTES (EHSA)

Ríos, S. M. R. (1994)

Existen varias habilidades que la gente necesita realizar casi a diario para relacionarse con otras personas sintiéndose bien consigo misma. Nos gustaría conocer en cuáles habilidades sientes que eres exitos@ y en cuáles sientes que no lo eres.

INSTRUCCIONES. Intenta valorar cada una de tus habilidades lo más objetivamente posible, procurando no dejar de contestar ninguna de las que aquí se describen. Si no entiendes alguna palabra o no estás segur@ de su significado, por favor pregunta a la persona que te haya dado este inventario. No hay respuestas correctas ni incorrectas, sólo estamos interesados en conocer tus sentimientos acerca de tus habilidades. Después de cada habilidad encontrarás 2 preguntas (columnas A y B) que tratan de explorar ante qué personas presentas o no la habilidad (A) y en qué contexto ocurre: familiar, escolar, con amigos, laboral, etc. (B). Contesta por favor en el espacio destinado a cada uno de ellos.

Lee cuidadosamente cada una de las habilidades y marca con una X el número que mejor describa qué tan exitosamente estás usando cada una de ellas. Únicamente contesta en la hoja de respuestas evitando hacerlo en el inventario. Marca tus respuestas de acuerdo a lo siguiente:

- ✓ Pon el No. 1 si NUNCA eres bueno en ella
- ✓ Pon el No. 2 si RARAS VECES eres bueno en ella
- ✓ Pon el No. 3 si ALGUNAS VECES eres bueno en ella
- ✓ Pon el No. 4 si FRECUENTEMENTE eres bueno en ella
- ✓ Pon el No. 5 si SIEMPRE eres bueno en ella

No.	Habilidad	Ante Quién	Dónde
		(A)	(B)
1	¿Pones atención cuando alguien te está hablando y haces un esfuerzo por entender lo que se te está diciendo?		
2	¿Puedes iniciar una conversación hablando a otras personas desconocidas o conocidas sin sentirte incómodo o ansioso?		
3	¿Puedes mantener una conversación, hablando a otros acerca de temas variados, de tal manera que los mantienes interesados?		
4	Cuando necesitas obtener información sobre algún aspecto particular, ¿sabes qué preguntar y te diriges a la persona indicada?		
5	¿Agradeces a otros cuando te hacen favores?		
6	Cuando llegas a una reunión donde te encuentras con personas que no conoces, ¿te presentas por iniciativa propia para familiarizarte con ellas?		
7	Cuando llegas acompañado de amigos a un lugar donde hay personas que sólo a ti te conocen ¿presentas a tus acompañantes?		
8	¿Dices a otros que te gustan algunas cosas de lo que hacen, reconociendo sus cualidades?		
9	¿Pides ayuda cuando sientes que estás en dificultades?		
10	En trabajos de equipo ¿decides la mejor forma de participar con la actividad que realiza todo el grupo?		
11	¿Explicas con claridad a otros cómo hacer una tarea específica, de tal forma que logras hacerte entender?		
12	¿Pones atención a las instrucciones que dan otras personas y las llevas a cabo adecuadamente?		
13	¿Pides disculpas a otros después de que te has dado cuenta que los ofendiste?		
14	Cuando consideras que tú tienes la razón ¿intentas convencer a otros de que tus ideas son las mejores?		
15	¿Identificas tus sentimientos y conoces tus emociones en determinado momento?		
16	¿Permites que otras personas conozcan tus emociones y sentimientos haciéndoselos saber?		

No.	Habilidad	Ante	Dónde
		Quién	(B)
		(A)	(B)
17	¿Tratas de entender las emociones de otras personas respetando lo que están sintiendo?		
18	¿Expresas a otras personas tus sentimientos hacia ellos?		
19	Cuando estás atemorizado ¿tratas de controlar tu miedo?		
20	¿Dices cosas amables para ti mismo cuando consideras que debes ser halagado?		
21	Cuando necesitas pedir algún permiso ¿logras obtenerlo?		
22	¿Cuándo requieres un permiso lo pides directamente a la persona indicada?		
23	¿Ofreces participar con otros, cuando sabes que pueden apreciarlo?		
24	¿Estás dispuesto a ayudar a otros cuando te lo piden?		
25	Cuándo otros tiene una posición contraria a la tuya, ¿negocias con ellos para después intentar llegar a un acuerdo que satisfaga a ambos?		
26	¿Controlas tu carácter, si consideras que las cosas no pueden ser de otra forma?		
27	¿Te defiendes haciendo saber a otras personas cuáles son tus derechos?		
28	Cuando otros se burlan de ti ¿puedes mantener el control de ti mismo?		
29	¿Evitas involucrarte en situaciones que pueden ocasionarte un problema?		
30	¿Te mantienes fuera de peleas?		
31	¿Dices a otras personas cuando son responsables?		
32	¿Tratas de llegar a una situación favorable cuando alguien se queja de ti justificadamente?		
33	En una situación de juego deportivo ¿expresas una opinión favorable haciendo cumplidos honestos de cómo jugaron?		
34	En situaciones que te sientes avergonzado ¿piensas o haces cosas que te ayuden a reducir tu vergüenza?		
35	Si en una actividad donde deseabas participar no te toca ser elegido ¿haces o piensas cosas para sentirte bien ante tal situación?		
36	¿Haces saber a otros cuando uno de tus amigos no está siendo tratado justamente (lo defiendes)?		
37	Cuando tratan de convencerte de algo ¿analizas cuidadosamente la situación explorando lo que verdaderamente deseas antes de decidir qué hacer?		

38	Cuando te encuentras en una situación particular de fracaso ¿piensas acerca de lo que puedes hacer para ser más exitoso en el futuro?
39	Cuando alguien te dice algo que no es muy claro ¿dices o haces cosas que indican lo que te quiere decir para comprobar que le has entendido?
40	Cuando te das cuenta que has sido acusado por alguien ¿decides la mejor manera de actuar ante la persona que hizo la acusación?
41	¿Expresas tu punto de vista ante una conversación interesante?
42	Cuando sientes la presión de otros para hacer alguna cosa ¿decides lo que tú verdaderamente deseas hacer?
43	¿Actúas con entusiasmo cuando realizas alguna actividad interesante?
44	¿Te das cuenta cuando un problema fue generado por alguna causa que estuvo fuera de tu control?
45	¿Decides de manera realista lo que puedes hacer antes de iniciar una tarea?
46	¿Conoces de forma realista tus capacidades para llevar a cabo una tarea particular?
47	Cuando necesitas saber algo ¿sabes dónde y cómo conseguir la información?
48	Ante una serie de tareas ¿decides de forma realista cuál de ellas es más importante, para resolverla en primer lugar?
49	Antes de tomar una decisión ¿consideras las diferentes posibilidades en términos de ventajas y desventajas, para elegir la mejor?
50	Al desempeñar alguna actividad ¿planeas previamente la forma de lograrla?

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombre:	
Fecha:	Edad:
Sexo:	Edo. Civil:
Escolaridad:	Ocupación:

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIO LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DIA DE HOY.** Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

- 0 Yo no me siento triste
- 1 Me siento triste
- 2 Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
- 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

- 0 Yo no me siento como un fracasado
- 1 Siento que he fracasado más que las personas en general
- 2 Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos
- 3 Siento que soy un completo fracaso como persona

- 0 Yo no me siento desilusionado de mí mismo
- 1 Estoy desilusionado de mí mismo
- 2 Estoy disgustado conmigo mismo
- 3 Me odio

- 0 Yo no me siento que esté siendo castigado
- 1 Siento que podría ser castigado
- 2 Espero ser castigado
- 3 Siento que he sido castigado

- 0 En general no me siento descorazonado por el futuro
- 1 Me siento descorazonado por mi futuro
- 2 Siento que no tengo nada que esperar del futuro
- 3 Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar

- 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo
- 1 Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo
- 2 Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada
- 3 Estoy insatisfecho o aburrido con todo

- 0 En realidad yo no me siento culpable
- 1 Me siento culpable una gran parte del tiempo
- 2 Me siento culpable la mayor parte del tiempo
- 3 Me siento culpable todo el tiempo

- 0 Yo no tengo pensamientos suicidas
- 1 Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo
- 2 Me gustaría suicidarme
- 3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad

- 0 Yo no me siento que sea peor que otras personas
- 1 Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores
- 2 Me culpo todo el tiempo por mis fallas
- 3 Me culpo por todo lo malo que sucede

- 0 Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
- 1 Me enojo o irrito más fácilmente que antes
- 2 Me siento irritado todo el tiempo
- 3 Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo

- 0 Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
- 1 Pospongo tomar decisiones más que antes
- 2 Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
- 3 Ya no puedo tomar decisiones

- 0 Puedo trabajar tan bien como antes
- 1 Requiero de más esfuerzo para iniciar algo
- 2 Tengo que obligarme para hacer algo
- 3 Yo no puedo hacer ningún trabajo

- 0 Yo no me canso más de lo habitual
- 1 Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
- 2 Con cualquier cosa que haga me canso
- 3 Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa

- 0 Yo no he perdido mucho peso últimamente
- 1 He perdido más de dos kilogramos
- 2 He perdido más de cinco kilogramos
- 3 He perdido más de ocho kilogramos
- A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos SI _____ NO _____

- 0 Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
- 3 He perdido completamente el interés por el sexo

- 0 Yo no lloro más de lo usual
- 1 Llora más ahora de lo que solía hacerlo
- 2 Actualmente lloro todo el tiempo
- 3 Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo

- 0 Yo no he perdido el interés en la gente
- 1 Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
- 2 He perdido en gran medida el interés en la gente
- 3 He perdido todo el interés en la gente

- 0 Yo no siento que me vea peor de como me veía
- 1 Estoy preocupado de verme viejo(a) o poco atractivo(a)
- 2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a)
- 3 Creo que me veo feo(a)

- 0 Puedo dormir tan bien como antes
- 1 Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
- 2 Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir
- 3 Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir

- 0 Mi apetito no es peor de lo habitual
- 1 Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
- 2 Mi apetito está muy mal ahora
- 3 No tengo apetito de nada

- 0 Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
- 1 Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación
- 2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
- 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa

CLIMA SOCIAL: FAMILIA**FES**

Anote sus datos personales en la Hoja de respuestas; después de la palabra “Puesto” indique el lugar que ocupa usted en su familia: padre, madre, hijo, etc.

A continuación lea las frases de este impreso; usted tiene que decir si le parecen verdaderas o falsas en relación con su familia.

Si usted cree que respecto a su familia, la frase es verdadera, marcará en la Hoja de respuestas una X en el espacio correspondiente a V (verdadero); si cree que es falsa o casi siempre falsa, marque X en el espacio correspondiente a la F (falso). Si considera que la frase es cierta para unos miembros de la familia y para otros falsa, marque la respuesta que corresponda a la mayoría.

Siga el orden de la numeración que tienen las frases aquí y en la Hoja para evitar equivocaciones. La flecha le recordará que tiene que pasar a otra línea en la hoja.

Recuerde que se pretende conocer lo que piensa usted sobre su familia; no intente reflejar la opinión de los demás miembros de ésta.

NO ESCRIBA NADA EN ESTE INVENTARIO

CUESTIONARIO

1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.
2. Los miembros de la familia guardan a menudo, sus sentimientos para sí mismos.
3. En nuestra familia reñimos (peleamos) mucho.
4. En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.
5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.
6. A menudo hablamos de temas políticos o sociales.
7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.
8. Los miembros de mi familia asistimos con bastante regularidad a los cultos de la iglesia.
9. Las actividades de nuestra familia se planifican cuidadosamente.
10. En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces.
11. Muchas veces da la impresión de que en casa sólo estamos "pasando el rato".
12. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.
13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos.
14. En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno.
15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.
16. Casi nunca asistimos a conferencias, funciones de cine o conciertos.
17. Frecuentemente, vienen amigos a comer a casa, o a visitarnos.
18. En mi casa no rezamos en familia.
19. En mi casa somos muy ordenados y limpios.
20. En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir.
21. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.
22. En mi familia es difícil "desahogarse" sin molestar a todo el mundo.
23. En casa a veces nos enojamos tanto que golpeamos o rompemos algo.
24. En mi familia cada uno decide sus propias cosas.
25. Para nosotros no es importante el dinero que gane cada uno.
26. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente.
27. Algún miembro de mi familia practica habitualmente deportes: fútbol, basquetbol, etc.
28. A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Pascua y otras fiestas.
29. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.
30. En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones.
31. En mi familia hay un fuerte sentimiento de unión.
32. En mi casa comentamos nuestros problemas personales
33. Los miembros de mi familia casi nunca mostramos nuestros enojos.
34. Cada uno entra y sale en la casa cuando quiere.
35. Nosotros aceptamos que haya competencia y "que gane al mejor".
36. Nos interesan poco las actividades culturales.
37. Vamos a menudo al cine, a competiciones deportivas, excursiones, etc.
38. No creemos en el cielo ni en el infierno.
39. En mi familia la puntualidad es muy importante.
40. En casa las cosas se hacen de una forma establecida.

41. Cuando hay que hacer algo en casa, es raro que se ofrezca algún voluntario.
42. En casa si a alguien se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.
43. Las personas de nuestra familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.
44. En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente.
45. Nos esforzamos por hacer las cosas cada vez un poco mejor.
46. En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales.
47. En mi casa todos tenemos una o dos aficiones.
48. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal.
49. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente.
50. En mi casa se da mucha importancia a cumplir las normas.
51. Las personas de mi familia nos apoyamos de verdad unos a otros.
52. En mi familia cuando uno se queja, siempre hay otro que se siente afectado.
53. En mi familia a veces nos peleamos a golpes.
54. Generalmente, en mi familia cada persona sólo confía en sí mismo cuando surge un problema.
55. En casa nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las calificaciones escolares.
56. Alguno de nosotros toca un instrumento musical.
57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera del trabajo o de la escuela.
58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe.
59. En casa nos aseguramos de que nuestras habitaciones queden limpias.
60. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor.
61. En mi familia hay poco espíritu de grupo.
62. En mi familia los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente.
63. Si en la familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.
64. Las personas de la familia se animan firmemente unos a otros a defender sus propios derechos.
65. En nuestra familia apenas nos esforzamos para tener éxito.
66. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a las bibliotecas.
67. Los miembros de la familia asistimos a veces a cursos o clases particulares por afición o por interés.
68. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que está bien o mal.
69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona.
70. En mi familia cada uno puede hacer lo que quiera.
71. Realmente nos llevamos bien unos con otros.
72. Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos.
73. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros.
74. En mi casa es difícil ser independiente sin herir los sentimientos de los demás.
75. "Primero el trabajo, luego la diversión", es una norma en mi familia.
76. En mi casa, ver la televisión es más importante que leer.
77. Los miembros de la familia salimos mucho a divertirnos.
78. En mi casa, leer la Biblia es algo muy importante.
79. En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado.
80. En mi casa las normas son bastante inflexibles.
81. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno.

82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo.
83. En mi familia creemos que no se logra mucho elevando la voz.
84. En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa.
85. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o el estudio.
86. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura.
87. Nuestra principal forma de diversión es ver televisión o escuchar la radio.
88. En mi familia creemos que, el que comete una falta tendrá su castigo.
89. En mi casa frecuentemente, la mesa se recoge inmediatamente después de comer.
90. En mi familia uno no puede salirse con la suya.

¡COMPRUEBE SI HA CONTESTADO TODAS LAS FRASES. GRACIAS!

CUESTIONARIO DE VALIDEZ SOCIAL (SATISFACCIÓN CON EL TALLER)

1. ¿Estás de acuerdo en que el problema por el que solicitaste servicio, fue el objetivo del taller?
2. ¿Sientes que la meta escogida del taller fue impuesta por el psicólogo?
3. ¿Consideras que este taller te ayudará a resolver tus necesidades actuales?
4. ¿Se te explicó bien en que consiste el taller completo?
5. ¿Entendiste bien en que consiste el taller completo?
6. ¿El taller está realmente enfocado a mejorar tu estilo de vida?
7. ¿Estás de acuerdo en la forma cómo se pretendió hacer la solución de problemas?
8. ¿Consideras que las psicólogas tuvieron la capacidad para llevar a cabo este taller?
9. ¿Tanto tu como las psicólogas están de acuerdo que este es el taller apropiado para tus necesidades?
10. ¿Piensas que este taller tuvo éxito?
11. ¿Se consideraron otras opciones además del taller para atender tus necesidades?

CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO PARA PARTICIPANTES DEL TALLER PIPAT IMPARTIDO EN EL CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNAM

Hola, buenas tardes, días, noches, habla B.G. En el mes de Agosto del año pasado recuerdas que participaste con nosotras en el taller que se llamó “Programa de Intervención Breve Para adolescentes”, en la Facultad de Psicología de la UNAM.

El objetivo de mi llamada es saber (de una manera breve e indicativa) cómo son actualmente algunas de las estrategias de afrontamiento, pensamientos y sentimientos, en las áreas tratadas en el taller después de siete meses.

Podías ayudarme a contestar algunas preguntas, es muy breve.

CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO										
1. ¿Comparado con lo que antes del taller ocurría, piensas que tu conducta en general ha mejorado?										
Nada en lo absoluto	Poca utilidad	Regular	De utilidad	De gran importancia						
¿Por qué?										
2. ¿En qué grado, piensas que el taller ha sido de utilidad para ti a lo largo de estos 7 meses?										
Nada en lo absoluto	Poca utilidad	Regular	De utilidad	De gran importancia						
¿Por qué?										
3. ¿Ha habido cambios en tu conducta a lo largo de este tiempo (7 meses)?										
Nada en lo absoluto	De poca utilidad	Regulares	De utilidad	De gran importancia						
¿Cuáles?										
4. ¿Observaste algún cambio que en particular fuera llamativo en tu conducta después del taller?										
Nada en lo absoluto	Poca utilidad	Regular	De utilidad	De gran importancia						
¿Cuáles?										
5. ¿Seguiste las recomendaciones hechas por las psicólogas para observar cambios en ti?										
Nada en lo absoluto	Pocos	Regulares	Considerables							
Todos										
6. ¿Consideras que es este momento necesitas de alguna terapia o taller alternativo al que tomaste en el CSP?										
SI ¿Por qué?										
NO ¿Por qué?										
7. ¿Recomendarías este taller a otros adolescentes de tu edad?										
SI ¿Por qué?										
NO ¿Por qué?										
8. ¿Qué calificación del 1 al 10 le darías a las áreas reforzadas en el taller, siendo 1 la mínima y 10 la máxima?										
Habilidades de estudio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Habilidades Sociales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Autoestima	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Algún comentario que quieras agregar respecto al taller?										

ANEXO 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: _____

Por medio de la presente autorizo que mi hijo (a): _____
_____ participe en el protocolo de
investigación titulado: **"Desarrollo y evaluación de una intervención breve
preventiva para adolescentes de 12 a 15 años"**

Registrado ante la coordinación de psicología clínica de la Facultad de
Psicología de la UNAM.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en _____

Declaro que se me ha informado previamente sobre los posibles inconvenientes
y posibles beneficios derivados de mi participación en el estudio:

Si No

Los terapeutas responsables se han comprometido a darme información oportuna
sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso
para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier
duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los
riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la intervención.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier
momento, en que lo considere conveniente.

Los terapeutas responsables me han dado seguridades de que no se me
identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y
de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma
confidencial.

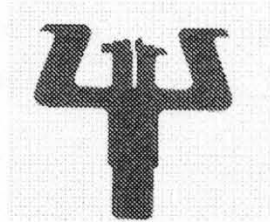
Nombre y firma de los padres o tutores

Marlene Yesenia Coria Cruz

Blanca Estela Gutiérrez Cortés

Nombre y firma de los terapeutas responsables.

Números telefónicos a los cuales se puede comunicar en caso de emergencia
y/o dudas y preguntas relacionadas con el estudio: 56222309



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DÁVILA"**

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS ASISTENTES

Usted está por iniciar una terapia en el Centro de Servicios Psicológicos, es importante que conozca y esté de acuerdo con los siguientes puntos:

1. El o la terapeuta realizará una primera entrevista y al finalizar determinará la frecuencia, el número total de sesiones, el tipo de servicio (terapia individual, grupal, etc...) y la cuota de recuperación de cada sesión.
2. Es necesario que usted sea puntual y asista a todas sus sesiones. Si no puede asistir a alguna, favor de cancelar su cita con 24 horas de anticipación ya que sino avisa tendrá que cubrir la cuota de la sesión que no haya asistido. (el teléfono de Centro es 56 22 23 09). Es importante que tome en cuenta que tres inasistencias sin avisar pueden ocasionar la cancelación del servicio.
3. En algunas ocasiones, las sesiones de terapia pueden ser grabadas en audio o vídeo y en otras sólo observadas (atrás de espejo). Estas grabaciones sólo serán observadas por el equipo de terapeutas o alumnos avanzados de la carrera de psicología supervisados por los terapeutas de Centro a fin de monitorear la calidad y consistencia del tratamiento.
4. Los datos personales que proporcione serán de carácter confidencial. Su nombre, así como alguna otra información que pueda identificarlo no podrá ser publicada, esta información quedara bajo resguardo del Centro de Servicios Psicológicos.
5. Las actividades del Centro de Servicios Psicológicos forman parte de las funciones de enseñanza e investigación propias de la UNAM y los datos obtenidos en las terapias pueden llegar a ser mencionados en foros profesionales o revistas científicas. No obstante como se señala en el punto anterior, los datos personales son de carácter confidencial.
6. Durante el tratamiento se puede rehusar a contestar cualquier pregunta, o negarse a participar en procedimientos específicos que le soliciten o incluso dejar la terapia. En cualquier caso usted podrá solicitar una alternativa o tratamiento.
7. Usted podrá evaluar la atención recibida por medio de formas especiales o sugerencias dirigidas a la coordinación del mismo.
8. Es probable que después de la terminación de la terapia alguna persona integrante del centro se comunique con usted. Esto tiene como propósito hacer seguimiento de la misma.

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____
 DÍA MES AÑO

TERAPEUTA RESPONSABLE: _____

ANEXO 3

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS “DR. GUILLERMO ÁVILA” CARTA DESCRIPTIVA

Taller: Programa de Intervención para Adolescentes Tempranos “PIPAT”

Instructoras: Psic. Marlene Coria y Psic. Blanca Gutiérrez

Lugar: Cámara de Gesell 7-8 CSP

Duración: 9 sesiones con adolescentes y 2 sesiones con sus padres

Fechas: Martes, del 28 agosto al 23 de octubre de 2008

No. de participantes: 13

Objetivo General: Desarrollar y evaluar una intervención breve preventiva para adolescentes tempranos

Población de adolescentes de 12 a 15 años

No. sesión	Contenido temático	Objetivos específicos	Experiencia de aprendizaje	Criterios y medios de evaluación	Material didáctico	Tiempo	Recurso didáctico
1	Firma de Consentimiento Informado	<ol style="list-style-type: none"> Solicitar la autorización de los padres o tutores para que su hijo (a) pueda participar en el taller. Informar acerca del contenido del taller, objetivos, metas, condiciones para participar en él, duración y contenido. 	<ol style="list-style-type: none"> Obtención de permiso para que los adolescentes puedan tomar el taller (menores de edad) y a su vez que los padres se comprometan en la asistencia de sus hijos al taller 	Exposición del taller a los padres de familia.	<ol style="list-style-type: none"> Formatos para evaluación hojas lápiz o bolígrafos gafetes 	45 m	<ol style="list-style-type: none"> Formato de preconsulta previamente llenado. Formato de consentimiento Informado
2	Presentación de integrantes y pre-test	Explicación de los temas generales del taller y presentación de integrantes y terapeutas	Obtención de información cualitativa de los integrantes. Presentación y conocimiento de los gustos de cada uno de los participantes por medio de dinámicas de integración.	Batería de pruebas para adolescentes	<ol style="list-style-type: none"> Pruebas psicológicas lápiz y bolígrafos gafetes personalizadores 	120 m	<ol style="list-style-type: none"> Relajación profunda. Dinámica "Memorizando el nombre del vecino"

3	Habilidades de estudio, parte I	Aprender factores que influyen en el desempeño como estudiantes para utilizar una metodología de estudio	1. Organización del tiempo 2. Actividades de horario fijo 3. Elementos de aprendizaje	- Dinámica por equipos con rotafolios	1. Rotafolios 2. Sobre con actividades por equipo 3. Hojas de colores 4. Hojas formato	90 min	1. Relajación profunda. 2. Dinámica 1. Presentación en parejas; II. Lluvia de ideas
4	Habilidades de estudio, parte II	Proporcionar herramientas de estudio como la concentración y el repaso-repetición	1. Concentración 2. Tipos de concentración 3. Repetición 4. Ejercicios de memoria	Exposición y preguntas a los participantes y revisión de actividad en casa	1. Dibujo en cartulina representando la concentración 2. Hojas de "Tips para aumentar tu concentración"	90 min	1. Relajación profunda 2. Dinámicas: 1. "Preparando una salsa" (integración) 2. "Vaya zapatones" (formar equipos de trabajo)
5	Habilidades sociales, parte I	Proporcionarles estrategias para adquirir y/o mejorar habilidades que les permitan afrontar dificultades de la manera más adecuada a cada situación social	- Pedir y aceptar disculpas	Dinámicas en equipos y exposición y revisión de actividad en casa	- Sobre con instrucciones para dinámica	90 min	- Relajación profunda
6	Habilidades sociales Parte II Autoestima I	Proporcionar la segunda parte de estrategias para adquirir y/o mejorar habilidades que les permitan afrontar dificultades de la manera más adecuada y enseñarles estrategias para fomentar una sana autoestima	1. Conductas asertivas y agresivas 2. Pensamientos negativos automáticos 1. Interacción entre participantes	Dinámicas, preguntas a los participantes y revisión de actividad en casa	1. Sobre con dinámica 2. Hoja de ejercicios 3. Hoja de ejercicio para imaginación con objetivo de identificar pensamientos negativos automáticos, enseñar a eliminarlos o desviarlos.	90 min	1. Relajación profunda 2. Dinámica: 1. "En el arte de pedir está el dar" (desarrollo de habilidades), 2. "Pauta de discriminación" (Aprender asertividad) 3. Dinámica 2: "técnica de contacto "Terremoto", fomentar la confianza entre los integrantes del grupo.

7	Autoestima II	Enseñarles estrategias para fomentar una sana autoestima y así puedan enfrentar con éxito las presiones del ambiente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pensamientos negativos automáticos 2. Pensamientos alternos 3. Control del comportamiento 4. Auto descripciones negativas 5. Metas a corto y largo plazo 	Preguntas a los participantes, exposición y actividades en la sesión de papel-lápiz y revisión de actividad en casa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Papel-lápiz 2. Hoja en blanco 3. Hoja de trabajo autoestima 	120 min	1. Relajación profunda
8	Sesión con padres	Obtener información de su dinámica familiar a través del FES de Moss, proporcionar información acerca del manejo de la relación con sus hijos, por medio de la consejería y psicoducción.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Qué es adolescencia 2. Aprender a escuchar 3. Lucha de poderes 4. Método "nadie pierde" 5. Límites 	Prueba psicológica de Moss y cuestionario de salida de satisfacción	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prueba de auto aplicación de papel-lápiz 2. Folder informativo de la sesión de padres 	120 min	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relajación profunda 2. Presentación en parejas (integración)
9	Sexualidad y adicciones	Ofrecer ayuda eficaz a los jóvenes para que vivan su sexualidad sin riesgo y desarrollen sus mejores posibilidades. Evitar que se inicien en el consumo de drogas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Qué es la sexualidad 2. Riesgos asociados a la sexualidad y ETS 3. Métodos anticonceptivos 4. ¿Qué es una adicción 5. Drogas más comunes 6. Consecuencias del consumo de drogas. 	Participación de los integrantes, dinámicas en equipo, dinámicas vivenciales y revisión de actividad en casa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Material sobre anticonceptivos 2. Hoja de trabajo ETS 3. Hojas de clasificación de drogas 	120 min	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relajación profunda 2. Conociendo los anticonceptivos (uso del condón) 3. "Buzón de inquietud" (realizar pregunta a los guías) 4. "Conociendo y no dependiendo" (Identificación de las drogas)
10	Post –test	Obtener información cualitativa que nos permita comparar los datos obtenidos antes y después que se aplicó el taller PIPAT	Obtención de información cualitativa de los integrantes tras terminar el taller PIPAT.	Batería de pruebas para adolescentes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pruebas psicológicas 2. lápiz y bolígrafos 3. gafetes personalizadores 	120 min	- Relajación profunda

11	Retroalimentación final del taller	<p>1. Que cada participante, de forma individual obtenga los resultados de su desempeño a lo largo del taller, hacer énfasis y mencionar áreas por reforzar y mencionar los recursos con los que cuentan y que fueron observados y desarrollados durante las sesiones.</p> <p>2. Entrega de reconocimientos simbólicos por asistencia al taller</p>	<p>1. Cierre de taller, intercambio de opiniones, recomendaciones individuales de las guías para los adolescentes.</p> <p>2. Retroalimentación de manera recíproca guías-padres e inversa. Sugerencias, comentarios en general sobre cómo les pareció el taller a lo largo de las sesiones</p>	<p>1. Retroalimentación</p> <p>2. Acerca del taller (opinión de cada participante)</p> <p>3. Cuestionario de satisfacción con el taller</p> <p>4. Entrevista</p>	<p>1. Resultados de evaluaciones psicológicas</p> <p>2. Reconocimientos por asistencia</p> <p>3. Lápiz y bolígrafos</p> <p>4. Gafetes</p> <p>5. Hoja de trabajo para cierre con padres</p>	120 min	<p>1. Relajación profunda</p> <p>2. Material de despedida</p> <p>3. Material impreso de despedida para padres</p>
12	Retroalimentación final y resultados a padres					60 min	

ANEXO 4 MANUAL DE APLICACIÓN

SESIÓN 1. FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Actividad 1. Firma de los padres y contenido del taller

Actividad 2. Objetivos

Pedir la autorización de los padres o tutores para que su hijo (a) pueda participar en el taller.

Informar acerca del contenido del taller, objetivos, metas, condiciones para participar en él, duración y contenido.

Actividad 3. Descripción de la sesión

Se cita a los padres de familia junto con su hijo (a) al CSP de la Facultad de Psicología de la UNAM, para que sean entrevistados de manera simultánea con una duración de 45 minutos como máximo, donde se indagará de manera más precisa la razón por la cual se pidió el servicio psicológico, cotejando esta información con la que previamente se registró en la preconsulta. Así mismo, se les explicará el contenido del taller objetivos y duración; se resolverán sus dudas al respecto. Una vez que han sido informados, se le proporcionará el formato de consentimiento informado, para que autoricen la participación de sus hijos en el taller.

Actividad 4. Despedida (5 minutos)

Muchas gracias a todos por acudir a nuestra convocatoria, a la brevedad daremos inicio al taller esperando que todos los que decidieron tomarlos asistan sin ningún contratiempo. Buenas noches y nos veremos en la próxima sesión.

Materiales

- ✓ Formato de preconsulta previamente llenado.
- ✓ Formato de consentimiento informado.

SESIÓN 2. PRESENTACIÓN Y APLICACIÓN DE PRE-TEST

Actividad 1. Presentación de los terapeutas

Buenas tardes, gracias a todos por venir está tarde estamos aquí reunidos para trabajar juntos. Se acuerdan que nos vimos hace unos días y les dijimos nuestros nombres, pero les recordamos nuestros nombres, nosotras somos las psicólogas Blanca Gutiérrez y Marlene Coria a cargo de guiar este taller el cual lleva el nombre de PIPAT (Programa de Intervención Preventiva para Adolescentes Tempranos). Nos pueden decir, Blanca y Marlene, ¿de acuerdo?

Actividad 2. Objetivos

Del taller

Durante las sesiones se les proporcionarán algunas habilidades importantes para prevenir riesgos en un futuro, principalmente en las áreas de 1. Autoestima 2. Bajo rendimiento escolar y 3. Habilidades para una sana convivencia, derivado de lo que ustedes manifestaron como sus principales motivos para pedir apoyo en el CSP.

De la intervención

2.1. Encuadre terapéutico. Les recordamos que ustedes estarán en este espacio un día a la semana durante 8 sesiones aproximadamente, con una duración de 90 minutos cada una.

Uds. pueden esperar que:

- ✓ Ustedes podrán hablar aquí de lo que deseen, sin temor a ser juzgados o criticados por los integrantes del grupo.
- ✓ La información que se maneje en este espacio será de absoluta confidencialidad por ambas partes.
- ✓ De igual forma pueden reservarse el derecho de expresarse y no serán obligados a hacerlo, ustedes podrán hacerlo cuando lo consideren pertinente.

Esperamos de ustedes que:

- ✓ Acudir puntualmente, tendrán tolerancia de 5 minutos.
- ✓ Si acumulan 3 faltas se les dará de baja automáticamente. Si necesitan faltar tendrán que avisar con un día de anticipación a las terapeutas.
- ✓ Ser respetuosos con los compañeros cuando hablen.
- ✓ No olvidar traer los materiales y/o las actividades que se les dejen para casa.

Nota. La comunicación en el grupo: dentro del grupo ustedes pueden dirigirse a nosotras hablándonos de tú, lo cual será recíproco. Sin embargo, no debemos olvidar que debemos tratarnos con el mayor respeto con los compañeros y los terapeutas, en este caso quienes dirigimos al grupo. Al dirigirnos de manera individual podemos hacerlo con nuestro nombre Marlene, Blanca, etc.

2. 2. Presentación de los integrantes. A continuación haremos una actividad para que cada uno de nosotros conozca algo acerca de los otros. Esta actividad consiste en decir nuestros nombre, color favorito y animal favorito empezando de derecha a izquierda, el segundo compañero tendrá que mencionar lo que dijo su compañero de al lado y lo de él, la tercer persona tendrá que decir la de las 2 personas anteriores y sus respuestas, y así en lo sucesivo, de tal manera que el compañero que está sentado al extremo izquierdo tendrá que mencionar lo de todos. Así podremos conocer más de nuestras preferencias y acerca de algunas cosas sencillas y básicas y usaremos nuestra retención de memoria.

Actividad 3. Aplicación de instrumentos para adolescentes

En este momento contestarán una serie de 4 cuestionarios, se aplicará el siguiente cuestionario hasta que todos hayan terminado el primero y así sucesivamente. Con estos pretendemos saber qué piensan, qué hacen y qué sienten ante ciertas situaciones cotidianas. Les pedimos contesten con la mayor honestidad posible, la información que se obtenga no será publicada y será de carácter confidencial. Así mismo, no deben dejar ningún reactivo en blanco y deben contestar lo primero que se les venga a la mente sin pensarlo demasiado. No hay respuestas buenas ni malas. No comiencen hasta que se los indiquemos y hayamos leído las instrucciones juntos ¿Tienen alguna duda?

Actividad 4. Cierre

Chicos les reiteramos nuestro agradecimiento por haber asistido el día de hoy, les recordamos que nos veremos la próxima semana a la hora convenida y en este espacio.

Materiales

- ✓ Inventario de depresión de Beck.
- ✓ Encuesta sobre las habilidades de estudio.
- ✓ Escala de habilidades sociales para adolescentes.
- ✓ Instrumento de evaluación de la autoestima en adolescentes.
- ✓ Lápices o bolígrafos.
- ✓ Madeja de hilo

SESIÓN 3. HABILIDADES DE ESTUDIO, PARTE 1

Objetivo general. Aprender los factores que influyen en el desempeño como estudiantes para que utilicen una metodología de estudio que les servirá para obtener mayores beneficios a corto plazo en la adquisición de nueva información.

Bienvenida, (3 minutos)

¿Cómo están chicos?, es un gusto para nosotras volver a verlos. Nos gustaría saber cómo estuvo su fin de semana, si realizaron alguna actividad en particular, cómo les fue en la escuela...., etc. Preguntar directamente.

Actividad 1. Relajación, (5 minutos)

Objetivo: Ejercitar una técnica de relajación simple, que puedan utilizar en cualquier circunstancia y les permita sentirse más cómodos física y anímicamente.

A continuación vamos a realizar un ejercicio de relajación, el cual se llama “relajación diafragmática” y es importante que la realicemos al inicio y al final de cada sesión, porque en psicología se sabe que si estamos relajados y tranquilos podemos pensar de una manera más adecuada, nuestras ideas son más claras y nuestro cuerpo se sentirá mucho mejor, es decir, no existe tensión. Esto lo llegamos a experimentar antes o después de

tener una discusión con alguien o encontrarnos enojados por ejemplo. La intención del ejercicio es que con la práctica ustedes aprendan a relajarse ante este tipo de situaciones o simplemente quieran sentirse muy bien. Es muy recomendable que lleven a cabo la relajación a cada momento del día, no sólo cuando estamos aquí en el taller. Es importante que ustedes se encuentren relajados antes de comenzar el día, de comer, de un examen incluso, antes de ir a dormir. Lo van a poder practicar en cualquier lugar y cualquier momento.

Una vez que ustedes lo dominen nosotras les pediremos que dirijan el ejercicio para el grupo. Bueno, por ahora sólo tienen que seguir mis instrucciones y si existe algún comentario o pregunta durante el proceso lo mencionamos al final del ejercicio. En este momento ¿tienen alguna pregunta? EJERCICIO. Al finalizar, ¿cómo se sienten, qué tal, cómo les pareció?

Actividad 2. Retroalimentación de pruebas, (3 minutos)

Objetivo: Dar a conocer los resultados de sus cuestionarios con la finalidad de reafirmar los tópicos del taller.

De acuerdo con lo que ustedes contestaron en sus pruebas, pudimos observar que no hay ningún aspecto preocupante, sin embargo a lo largo del taller tocaremos algunos puntos que consideramos significativos con la intención de que no represente un problema posterior o bien, modificar hábitos que pudieran ser riesgosos y adquirir nuevos hábitos que les permitan tener beneficios y manejar fuera de este espacio en su vida cotidiana. Nos llamó la atención en particular la parte de _____ donde observamos que tienen mayor dificultad, por lo que vamos a poner mayor atención para que no presenten dificultades posteriores.

Actividad 3. Presentación en parejas, (10 minutos)

Objetivo: Fomentar la interacción entre los integrantes haciendo preguntas más personales.

Se les solicita a los integrantes del grupo que elijan una persona para platicar en pareja, preferentemente del sexo opuesto. Los participantes se ubican cada uno con su pareja y

durante un par de minutos se comentan estado civil, lugar de residencia, edad, si tienen pareja, hobbies, etc. Cuando finaliza la charla sobre sus vidas, se hace un círculo y cada uno deberá presentar al grupo lo que su pareja le contó.

Actividad 4. Lluvia de ideas, (15 minutos)

Objetivo: Explorar cuáles son sus conocimientos acerca de los temas que se tratarán a lo largo del taller.

En el piso hay unas hojas de colores, cada uno de ustedes va a tomar 5 de ellas, las leen con cuidado y las colocarán en el espacio que consideren que corresponden y nos dirán por qué las colocaron en ese espacio. Posteriormente trataremos los temas que a continuación se mencionan.

Actividad 5. Organización del tiempo, (15 minutos)

Objetivo. Enseñar a planear sus actividades y establecer prioridades para usar el tiempo de manera más útil según sus propias metas.

Unos de los recursos más importantes que podrán ayudarte en la administración personal es la elaboración de un horario general para tus actividades; así sabrás cómo organizarte de forma flexible para cumplir con tus labores y emplear de la mejor manera tu tiempo libre. Para esto debemos empezar por fijar nuestras metas de un día. ¿Qué queremos lograr este día?

- ✓ Actividades de horario fijo (clases, empleo, transporte)
- ✓ Actividades básicas (aseo, alimentación, descanso)
- ✓ Actividades de horario flexible (estudio en el colegio, en la casa)
- ✓ Actividades esporádicas (cursos, conciertos, visitas a museos, etc.)

Mediante el conocimiento de la administración personal, podrás conocerte mejor; esto te facilitará la planeación de tus actividades y podrás realizarlas ejercitando tu dinamismo y creatividad, lo que te permitirá estudiar, trabajar y divertirse, cumpliendo tus metas.

- Queremos conocer qué es lo que comúnmente haces en un día normal, ¿cuáles son tus actividades habituales a partir de que te despiertas? (Sondear a algunos participantes del taller).

La manera de mayor beneficio para que organicen su tiempo y evitar pérdida de tiempo es planeando las actividades que queremos cumplir estableciendo las cosas más importantes. Para ello les proporcionaremos la hoja de “cumpliendo mi meta del _____” a continuación enlista las actividades que tienes que llevar a cabo ese día, y organízalas de manera que logres cumplir la meta de ese día.

Tips para organizar el tiempo

Hacer un plan de estudio.

Organizar según prioridades.

- ✓ Distribuir el tiempo para satisfacer todas las necesidades (deportivas, recreativas, escolares, familiares, sociales, etc.)
- ✓ Distribuir el tiempo para estudiar los 5 días de la semana, y dejar el domingo para descansar.
- ✓ Estudiar todos los días un poco de tiempo, en vez de mucho tiempo pocos días.
- ✓ Distribuir el tiempo en varias actividades, que dedicar el tiempo a una sola actividad.
- ✓ Acostumbrarse a estudiar por la mañana entre 9 a 13 horas y en la tarde entre las 18 a las 21 horas. En este horario se está más alerta.

Actividad 6. Analogías, Blanca (15 minutos)

Objetivo. Aprender que existen elementos que son indispensables para tener un óptimo desempeño académico, a través de una comparación simbólica.

Ejemplo:

- ✓ ¿Qué se necesita para hacer un pastel?
- ✓ ¿Qué pasa si falta un ingrediente?
- ✓ ¿Cuáles son los factores por los que aprendo?
- ✓ ¿Qué pasa si falta un factor?
- ✓ ¿Qué se necesita para aprender?

El aprendizaje se da de acuerdo con determinados procesos y procedimientos tales como las operaciones del pensamiento, la capacidad de concentración, la memoria, la actitud, la motivación, la voluntad, las relaciones personales, la organización, las técnicas y estrategias adecuadas. A continuación simbólicamente identificaremos cuáles son los ingredientes para aprender.

PARA APRENDER SE NECESITA

- ✓ OPERACIONES DEL PENSAMIENTO Dan significado a las experiencias y al material impreso. Percibir, observar, interpretar, analizar, asociar, clasificar, expresar, retener, sintetizar, deducir, generalizar, evaluar.
- ✓ MOTIVACION Interés, establecer metas de aprendizaje para cada clase. Saber para que se estudia, refuerzos (premios), saber lo que se tiene que hacer.
- ✓ ACTITUD Positiva, mente alerta, mente activa, relacionar las experiencias, preguntar.
- ✓ CONCENTRACIÓN, 100% ATENCION

Recibir información (ojo-oído-mente), retener información, asociar-relacionar, comprender-deducir.

- ✓ ORGANIZACIÓN Lugar, mente, tiempo
- ✓ REPETICION- Permite no olvidar lo aprendido y enseña a planificar para recordar. Técnicas de memoria, la curva del olvido

Explicar cada uno de los componentes de las operaciones del pensamiento, concentración, organización y repetición y hacer énfasis en que los temas de motivación y actitud están relacionados con tópicos antes vistos en autoestima y habilidades sociales.

Dinámica. A continuación vamos formar equipos de 2 personas aproximadamente. En el piso se encuentran 6 sobres, cada equipo debe tomar uno, y tendrán que representar el componente de aprendizaje descrito en la hoja. Al término de cada explicación deberán colocar el tema asignado en una lámina para formar una receta de cocina acerca de cómo aprender.

Actividad 7. Relajación, (5 minutos)

Actividad 8. Actividad para casa (5 minutos)

Traer impreso para la siguiente sesión el formato de “cumpliendo mi meta del día” y llevarlo a cabo. Algunos integrantes deberán comentar al grupo su experiencia.

Actividad 9. Cierre (5 minutos)

Nos dio mucho gusto volver a verlos, y que compartieran en este espacio algunas de sus experiencias. Los esperamos la próxima sesión en este espacio y no olviden traer sus actividades para casa.

SESIÓN 4. HABILIDADES DE ESTUDIO, PARTE 2

Objetivo. Proporcionar a los participantes herramientas de estudio como lo son la concentración y la importancia del repaso-repetición para un mejor aprovechamiento escolar y la mejora del estudio.

Bienvenida, (3 minutos)

¿Cómo están chicos?, es un gusto para nosotras volver a verlos. Nos gustaría saber cómo estuvo su fin de semana, si realizaron alguna actividad en particular, cómo les fue en la escuela...., etc. Preguntar directamente.

Actividad 1. Relajación, (10 minutos)

Actividad 2. Revisión de actividad en casa, (5 minutos)

“Cumpliendo mi meta del día” Comentar acerca de su experiencia, si la cumplieron, si tuvieron dificultades y qué resultados obtuvieron.

Actividad 3. Concentración, (10 minutos)

Objetivo. Entender la importancia del proceso y los elementos que intervienen en la concentración.

Es el acto de reflexión profunda, atendiendo en forma consciente la atención sobre un material determinado. Representa el poner nuestra atención al 100% donde intervienen en lo posible los cinco sentidos (percepción).

Ejemplos de cuando nos hemos concentrado es:

- ✓ Atender a una tarea o material y resolverla
- ✓ Hacer una cosa bien hecha cada vez
- ✓ Poner el máximo de atención.

La capacidad máxima de concentración en un adolescente o de un adulto normal es de 20 a 30 minutos, después de ese tiempo interfieren otros estímulos que impiden lograrla al máximo. La concentración funciona como una pila, se carga o descarga en función de la fatiga.

Máxima concentración

Fatiga

Motivación

Un estímulo

Cambio de estímulo

Cambio de actividad

¿Qué se debe hacer para mantener la concentración?

Consejos a considerar

- ✓ Hacer una cosa a la vez
- ✓ Hacerla durante 20 minutos aprox.
- ✓ Si se cambia de actividad se carga la pila de nuevo con la máxima intensidad
- ✓ No estar haciendo la misma actividad por tiempos prolongados, eso nos hace que perdamos la concentración, nos distraemos, nos cansamos, perdemos la concentración.
- ✓ El rendimiento no mejorará dedicando más tiempo a una misma materia, pero sí lo hará atendiendo a la capacidad de concentración y aprovechándola al distribuir el trabajo escolar.
- ✓ Hacer ejercicios de respiración.
- ✓ Estudiar en un ambiente libre de distracciones

Actividad 4. Dinámica “” Preparando una salsa”, 10 min.

Objetivo. Facilitar la comunicación informal en el grupo, romper el hielo entre el grupo,

A cada participante se le asigna un condimento de una salsa: aceite, vinagre, sal y pimienta. El guía se coloca en medio del círculo de sillas. Nombra por ejemplo, aceite, todos los que son aceite deberán levantarse para cambiar de lugar y quien quede sin silla deberá hacer lo mismo que el guía. El resultado, alguien quedará sin silla, y así sucesivamente. Si alguien nombra salsa vinagreta” todos los componentes deberán cambiar de lugar

Evaluación: Preguntar a los participantes, ¿cómo te has sentido?, ¿qué ha cambiado en ti?, ¿con respecto al grupo, desde que hemos comenzado el juego?, ¿qué es lo que más te ha gustado?, ¿qué es lo que menos te ha gustado? (intentar que hablen los más inhibidos).

Actividad 5. Repetición, (15 minutos)

Objetivo: Entender el proceso de la adquisición y pérdida de información. Aprender qué debemos hacer para reforzar nuestra memoria y recuperar la información y cómo evitaremos su pérdida.

Ejercicios de memoria

- ✓ Entregar un listado con 36 nombres de ciudades de países de América, leerlos y numerarlos en silencio durante 2 minutos
- ✓ Cada alumno debe decir en voz alta lo que recuerda del listado que leyó en 30 segundos.
- ✓ Anotar la cantidad de respuestas correctas de cada alumno.
- ✓ Leer nuevamente el listado, ordenarlo y clasificarlo como cada uno quiera (se puede subrayar de colores, escribir en columnas, etc.) durante dos minutos.
- ✓ Pedir a cada alumno que recuerde en 30 segundos el nombre de ciudades y países que aparecen en el listado.
- ✓ Anotar la cantidad de respuestas correctas de cada alumno.
- ✓ Comparar los resultados obtenidos en la primera y en la segunda vez que se hizo el ejercicio (debiera aparecer una diferencia significativa entre las palabras recordadas la primera vez y la segunda vez. Ejemplo: 8 palabras la primera vez y 12 a 15 palabras la segunda vez).
- ✓ Hacer notar que el estímulo era el mismo: el número de palabras y el tiempo para memorizarlas. ¿Cuál fue el elemento que cambió entre una y otra experiencia y qué hizo variar la respuesta y el resultado? (el orden y la clasificación).

Consejos a considerar:

- ✓ Repasar la información de manera organizada, por lo menos en un período de 30 días para que quede almacenada en forma definitiva.
- ✓ Es preferible repasar antes de dormir, ya que existen menos interferencias de otras actividades.

- ✓ Es preferible saber la utilidad y uso de la información ya que esto nos ayuda a retenerla por más tiempo.
- ✓ Escribe todo lo que quieras recordar. (Lo que se escribe se recuerda mejor de lo que se lee. Lo que se ve se recuerda mejor de lo que se escucha).
- ✓ Repasar clase a clase para no caer en la curva del olvido.
- ✓ No estudiar un día antes del examen.

Conclusión: La repetición es fundamental porque se fija lo que aprendemos.

Actividad 6. Dinámica “Vaya Zapatones” (15 min)

Objetivo. Crear un ambiente de cooperación y ayuda, potenciar la capacidad de retención visual.

Todos están en círculo y se forman dos equipos, se quitan los zapatos, y los echan al centro, formando una montaña de zapatos de todas clases y colores. A un voluntario de cada equipo se le tapan los ojos, y deben encontrar y ponerse su par de zapatos iguales. Los demás le animarán y le guiarán gritándole para que se ponga un par igual. Cuando éste termine le seguirá el turno a otro participante, el cual tendrá que hacer lo mismo. El equipo que termine primero de ponerse los zapatos y tenga menor cantidad de errores será el ganador.

Evaluación: ¿qué tiempo han tardado en realizar la actividad?, ¿ha habido ayuda entre el equipo?, ¿mucho o poca?, Preguntar individualmente.

Actividad 7. Revisión en casa de apuntes diarios (15 minutos por lo menos), (5 minutos)

Apuntar diariamente lo que recuerdan inmediatamente de haber revisado sus apuntes miércoles, jueves, viernes, lunes y martes; traerlo a la siguiente sesión impreso.

Actividad 8. Relajación, (10 minutos)

Actividad 9. Cierre y resumen. (5 minutos)

Nos dio mucho gusto volver a verlos, y que compartieran en este espacio algunas de sus experiencias. Los esperamos la próxima sesión en este espacio y no olviden traer sus actividades para casa.

SESIÓN 5. HABILIDADES SOCIALES, PARTE 1

Objetivo general. Proporcionarles estrategias para adquirir y/o mejorar habilidades sociales que les permitan afrontar dificultades de la manera más adecuada a la situación.

Bienvenida (3 minutos)

Hola chicos, ¿Cómo les ha ido?, ¿Compártanos algo al respecto? Sé que solo ha pasado un día desde que nos vimos por última vez, pero siempre hay algo que contar.

Actividad 1. Relajación (10 minutos)

Actividad 2. Revisión de actividad para casa “apuntes diarios” (7 minutos)

Repasar apuntes y escribir la síntesis de lo que recordaran durante 5 días.

Actividad 3. Aprendiendo a aceptar y pedir disculpas (10 minutos)

Objetivo. Aprender la importancia de pedir y aceptar disculpas, con el fin de reparar relaciones dañadas.

ACEPTAR DISCULPAS. Escena 1. Oyes a tu mejor amiga (o) hablando de ti frente a un grupo. No sabe que tú te enteraste. Apenas 5 minutos antes, esta misma amiga te hablaba de cosas dulces. Te sientes lastimada (o) y traicionada (o).

Ante esta situación, ¿qué haces, cuál es tu reacción?

PEDIR DISCULPAS. Disculpase cuando gritas, exageras o cometes un error tonto, puede restaurar rápidamente una relación dañada. Pero se necesita valor para ir alguna persona y decirle “Me equivoqué”, “Discúlpame” o “Lo siento”. Es especialmente difícil admitir que cometiste un error ante tus padres porque, desde luego, tú sabes mucho más que ellos.

Actividad 4. Dinámica “Pedir cosas” (15 minutos)

Actividad 5. ¿Cómo decir no sin ofender al otro? (10 minutos)

Objetivo. Aprender a utilizar argumentos lógicos para evitar involucrarse en situaciones que no se desean.

ROLE PLAYING. La invitación de ir al cine, la chica no quiere salir con el chico.

Debemos tener la capacidad para decir “no” cuando quiera hacerlo y no sentirse mal por decirlo. Porque es importante ser capaz de decir no:

- ✓ Nos ayuda a no implicarnos en situaciones en las que lamentaríamos más tarde habernos implicado.
- ✓ Nos ayuda a evitar el desarrollo de circunstancias en las que sentiríamos que se aprovechan de nosotros o que nos manipulan para hacer algo que no queremos hacer.
- ✓ Nos permite tomar nuestras propias decisiones y dirigir nuestra vida en esta situación.
- ✓ Deben acompañarse por razones y nunca por excusas.

Actividad 6. “Venta de cosas absurdas” (15 minutos)

Objetivo. Desarrollar la capacidad oral, de argumentar y lograr desinhibirse ante el grupo.

Cada integrante del grupo debe de tener una ficha, por ejemplo baberos para jirafas, peines para pelones, rasuradoras para lampiños, una bicicleta para subir escaleras, un zapato –pala para juntar la basura sin agacharse, un rasca-tortugas para que la tortuga se pueda rascar la espalda a sí misma etc., y de uno en uno pasarán al frente y durante un minuto trataran de vender su objeto al resto del grupo, argumentando a favor de su venta.

Actividad 7. Actividad para casa (5 minutos)

Desafío personal: me gustaría dejarte un desafío personal. Piensa en alguna relación importante en tu vida que este dañada. Tal vez se trate de uno de tus padres, un hermano, amigo, etc. Ahora comprométete a reconstruir la relación con una disculpa, un halago, un cumplido, haciendo pequeños actos de generosidad, escuchar, ser leal cada día. En un

principio la otra persona sienta sospechas y tal vez se pregunte qué es lo que quieres. “Qué te pasa, quieres algo de mí” pero se paciente y continua con ello. Recuerda que puede tomarte meses reconstruir lo que tomó meses destruir. Pero poco a poco comenzarán a notar que eres sincero en tus intenciones y que realmente quieres renovar la relación. No será fácil, pero al final valdrá la pena.

Actividad 8. Relajación final (Voluntario del grupo de adolescentes) 10 minutos

Actividad 9. Resumen y cierre (5 minutos)

Nos dio mucho gusto volver a verlos, y que compartieran en este espacio algunas de sus experiencias. Los esperamos la próxima semana en este espacio y no olviden traer su actividad para casa.

SESIÓN 6. HABILIDADES SOCIALES PARTE 2

AUTOESTIMA, PARTE 1

Objetivo general. Proporcionar la segunda parte de estrategias para adquirir y/o mejorar habilidades sociales que les permitan afrontar dificultades de la manera más adecuada a la situación y enseñarles estrategias para fomentar una sana autoestima y así puedan enfrentar con éxito las presiones del ambiente e intercambiar opiniones entre los participantes.

Bienvenida (3 minutos)

Hola chicos, nos da gusto de verlos de nueva cuenta, ¿Cómo les ha ido en la semana? ¿Cómo les fue el fin de semana?- en caso de que no contesten o sus comentarios sean muy cortos- ¿Cómo te fue en la semana José Manuel?

Actividad 1. Relajación (5 minutos)

Actividad 2. Revisión de actividad para casa “Desafío personal” (7 minutos)

Muy bien chicos, “Persona X” léenos al grupo a quién va dirigido tu desafío personal y cuál fue el halago que le hiciste a esa persona.....muy bien. Ahora “Persona Y”, podrías compartir con nosotros a quién escribiste tu desafío personal.

Actividad 3. Dinámica “En el arte del pedir está el dar” (15 minutos)

Objetivo. Observar los recursos o habilidades con los que cuentan los participantes para relacionarse y aprender que el contar con estrategias asertivas les permiten adquirir beneficios.

A continuación vamos a hacer equipos de 4 personas. Ya que están conformados los equipos se les dará un sobre el cual contiene una lista de 6 cosas, las cuales cada equipo deberá de conseguir fuera del aula, deberán pedir las prestadas, regaladas etc. El equipo que consiga el mayor número de cosas en 5 minutos será el ganador.

Actividad 4. Conductas asertivas vs. Conductas agresivas (10 minutos)

Objetivo. Aprender a discriminar las conductas asertivas de las ofensivas

Dinámica: Pauta de discriminación

A continuación les vamos a realizar un ejercicio en donde ustedes van a elegir si la respuesta a una situación es asertiva o no. Tendrán que poner As, si es asertiva; Ni, si no es asertiva; Ag, si es agresiva. Puede haber más de una respuesta no asertiva.

AUTOESTIMA. Indagar sus conocimientos acerca del tema.

Actividad 5. Pensamientos negativos automáticos (10 minutos)

Objetivo. Identificar pensamientos negativos automáticos, enseñar a eliminarlos o desviarlos y elaborar pensamientos funcionales.

5.1 Imaginería. Es una técnica metafórica que nos permite integrar nuestros sentimientos a la manera en cómo podemos solucionar los conflictos. Puede facilitar la toma de contacto con sentimientos, emociones o experiencias del pasado. En el caso de los pensamientos negativos nos es útil para representar de manera interna como nos deshacemos de esto. Por ejemplo:

- ✓ Van navegando en un barco y tiran el pensamiento negativo por la borda, pudiendo ver como dicho pensamiento comienza a hundirse hasta desaparecer.

- ✓ Imaginar que el pensamiento negativo es un cubito de hielo que produce escalofríos sobre su cabeza y de pronto aparece el sol y comienza a derretirlo lentamente.
- ✓ En un frío día de invierno te encuentras frente a una chimenea encendida, de pronto aparece un pensamiento negativo en tu mente y lo echas sobre las llamas, vas viendo como desaparece hasta convertirse en cenizas.
- ✓ Cuando aparezca el pensamiento negativo imaginen que lo echan por la taza del baño, tiran de la palanca y el pensamiento se va por el caño.

Actividad 6. Técnica de contacto “terremoto” (10 minutos)

Objetivo. Fomentar la interacción y el contacto físico entre los integrantes del grupo.

A continuación dos personas se tomarán de la mano (casa) y colocan a otra en el medio (inquilino). Cuando alguna de nosotras 2 grite “casa”, la casa se cambia de “inquilino”. Cuando alguna de nosotras grita “inquilino”, éste se cambia de casa; y cuando grita “terremoto”, se desarma todo y se vuelve a armar.

Actividad 7. Actividad para casa “El Gran Descubrimiento” (5 minutos)

Actividad 8. Relajación final, (Voluntario, 5 minutos)

Muy bien, chicos antes de terminar vamos a practicar una vez más la relajación diafragmática que realizamos al inicio de nuestra sesión. Recuerden que el estar relajados nos va a permitir sentirnos mejor y tomar mejores decisiones en cualquier momento.

Actividad 9. Resumen y cierre (5 minutos)

Nos dio mucho gusto volver a verlos, y que compartieran en este espacio algunas de sus experiencias. Los esperamos la próxima semana en este espacio y no olviden traer sus actividades para casa, registro de relajaciones y poner en práctica lo visto en la sesión (registrarlo).

SESIÓN 7. AUTOESTIMA, PARTE 2

Objetivo general. Enseñarles estrategias para fomentar una sana autoestima y así puedan enfrentar con éxito las presiones del ambiente e intercambiar opiniones entre los participantes. Comentar con el grupo los riesgos del consumo de drogas y proporcionarles aspectos básicos sobre sexualidad, discutir los temas.

Bienvenida (3 minutos)

Hola chicos, nos da gusto de verlos de nueva cuenta, ¿Cómo les ha ido en la semana? ¿Cómo les fue el fin de semana? en caso de que no contesten o sus comentarios sean muy cortos- ¿Cómo te fue en la semana Carlos?

Actividad 1. Relajación (voluntario, 5 minutos)

Actividad 2. Revisión de actividad para casa “El Gran Descubrimiento” (7 minutos)

Muy bien chicos, “Persona X”...nos puedes comentar qué parte del Gran Descubrimiento fue la que te costó más trabajo contestar. “Persona Y”...qué parte de tu actividad para casa te pareció muy fácil. “Persona Z”...qué opinas acerca de éste ejercicio, te ayudo a reconocer algunos aspectos acerca de ti.

Actividad 3. Pensamientos alternos (10 minutos)

Objetivo. Enseñar a los participantes cómo elaborar pensamientos alternativos a los negativos y darles opciones de sustitución de pensamientos negativos.

Esta técnica nos permitirá encontrar diferentes opciones de pensamientos positivos y reducirá la tendencia a poner etiquetas negativas a situaciones. Es fundamental dejar de evaluar las cosas como buenas o malas, sustituir expresiones como:

Debería..., tendría que... por otras más flexibles y menos rígidas como: me gustaría...desearía...sería conveniente, etc.

Debemos evitar el uso de palabras como: inútil, incompetente, cobarde, aburrido, torpe, feo, nunca, imbécil, tonto, flojo siempre, todo, ninguno, nadie, ni uno, todo el mundo. Es mejor utilizar frases o palabras positivas como consecuencia de la conducta como: “bien, lo he conseguido” “pude terminarlo yo solo”, “cada día lo hago mejor”

Analogía: Hacer la comparación del crecimiento personal con el bambú.

Actividad 4. Control del comportamiento (8 min)

Objetivo. Proporcionar a los participantes una técnica para controlar el enojo.

Las personas que son capaces de controlar sus emociones y su comportamiento se sienten más competentes, son valorados positivamente por sus compañeros, profesores y padres y por lo tanto su autoestima es mayor.

Tiempo fuera. Cada vez que nos enojemos con alguien es mejor alejarnos físicamente del lugar y persona que provoca el enojo a la vez que se alejan de esta situación se debe decir en voz alta dirigiéndose a sí mismo la frase: “comienzo a enojarme y quiero estar un tiempo fuera”

Actividad 5. Autodescripciones negativas. (10 min)

Objetivo. Evitar que los participantes del taller se expresen de manera negativa de ellos mismos y enseñarles a reconocer sus virtudes y características a favor.

Escribir características de tu persona y tu cuerpo que te gusten y que no te gusten.

Auto descripciones negativas: “soy muy aburrido”, “no soy un buen amigo” “soy feo y gordo”, “soy poco inteligente para obtener buenas calificaciones” “soy un mal hijo”, “tengo una nariz horrible”, pensamiento alternativo: “tengo una nariz un poco afilada, pero tengo una sonrisa atractiva”.

Recuerden que la finalidad de estas actividades es que ustedes enfrenten diferentes situaciones concretas y se les facilite la capacidad de resolverlas con mayor probabilidad de obtener éxito, o al menos evitar el sufrimiento que estas situaciones producen. Esto aumentará su seguridad en sí mismos y se percibirán cada vez más competentes, lo cual repercutirá de forma positiva en su autoestima.

Actividad 6. Actividad para casa (5 min) “Un vistazo al futuro”

Objetivo: Aprender el significado de planear sus metas a corto y a largo plazo y como obtener dichas metas.

Instrucciones: Escribir en un párrafo como se visualizan en 6 años, incluyendo metas y las estrategias para conseguir sus planes.

Actividad 7. Relajación final, (Voluntario, 5 minutos)

Muy bien, chicos antes de terminar vamos a practicar una vez más la relajación diafragmática que realizamos al inicio de nuestra sesión. Recuerden que el estar relajados nos va a permitir sentirnos mejor y tomar mejores decisiones en cualquier momento.

Actividad 8. Resumen y cierre (5 minutos)

Nos dio mucho gusto volver a verlos, y que compartieran en este espacio algunas de sus experiencias. Los esperamos la próxima semana en este espacio y no olviden traer sus actividades para casa, registro de relajaciones y poner en práctica lo visto en la sesión (registrarlo).

SESIÓN 8. SESIÓN CON PADRES

Objetivo general. Obtener información de su dinámica familiar a través de la Escala de Clima Social Familiar de Moss (FES). Así mismo, proporcionar información acerca del manejo de la relación con sus hijos, por medio de la consejería y psicoeducación.

Bienvenida (3 minutos)

Hola buenas tardes, nos da gusto de verlos de nueva cuenta. En esta ocasión nos reunimos con la finalidad de tratar temas de manera muy breve acerca de algunos consejos que nos parecen importantes que ustedes deben tomar en cuenta y practicar para llevar una relación más sana con sus hijos.

Actividad 1. Relajación (10 minutos)

Objetivo: Enseñarles una técnica de relajación profunda, la cual puedan utilizar en cualquier circunstancia y les permita sentirse más cómodos física y anímicamente.

A continuación vamos a realizar un ejercicio de relajación, el cual se llama “relajación diafragmática” y es importante que la realicemos al inicio y al final de esta sesión, porque

en psicología se sabe que si estamos relajados y tranquilos podemos pensar de una manera más adecuada, nuestras ideas son más claras y nuestro cuerpo se sentirá mucho mejor, es decir, no existe tensión. Esto lo llegamos a experimentar antes o después de tener una discusión con alguien o encontrarnos enojados por ejemplo. La intención del ejercicio es que con la práctica ustedes aprendan a relajarse ante este tipo de situaciones o simplemente quieran sentirse muy bien. Es muy recomendable que lleven a cabo la relajación a cada momento del día. Es importante que ustedes se encuentren relajados antes de comenzar el día, de comer, antes de llegar al trabajo, antes de ir a dormir. Lo van a poder practicar en cualquier lugar y cualquier momento.

Actividad 2. Presentación en parejas, (10 minutos)

Objetivo: Fomentar la interacción entre los papás e integrarlos, haciendo preguntas más personales.

Se les solicita a los papás que elijan una persona para platicar en pareja. Los participantes se ubican cada uno con su pareja y durante un par de minutos se comentan estado civil, lugar de residencia, edad, etc. Cuando finaliza la charla sobre sus vidas, se hace un círculo y cada uno deberá presentar al grupo lo que su pareja le contó.

Actividad 3. Aplicación “FES” (Instrucciones: 3 minutos. Aplicación: 20 minutos)

Objetivo. Indagar aspectos sobre su dinámica familiar que permitan obtener datos para complementar y reforzar los temas vistos en el taller de adolescentes.

Tema 1. Etimología de adolescencia y Escuchar (15 minutos)

Debemos tomar en cuenta que la adolescencia es una época de grandes tensiones y conflictos internos. No en vano el termino deriva del verbo adolecer: padecer una dolencia, carecer, etc. Es necesario comprender que a los jóvenes les suceden cambios corporales importantes que lo colocan en situaciones nuevas que le pueden provocar mucha ansiedad entre otras reacciones. Por lo tanto es necesario que como padres cuenten con una serie de herramientas o habilidades que les permitan sostener una comunicación y relación saludables.

Para determinar y saber que es saludable o no debemos definir y aclarar que una relación es saludable en términos en donde a pesar que existan conflictos, se cuenten con las herramientas para solucionarlos, sin embargo, se tiende a pensar que una relación sana es aquella en la que no existen dificultades y todo es “color de rosa”. El conflicto en la familia, expresado y aceptado abiertamente como un fenómeno natural, es mucho más saludable para los chicos, ya que los enfrentan a una situación que deben aprender a manejar. Recuerden un conflicto no es sinónimo de problema siempre y cuando se resuelva constructivamente.

En primer lugar veremos ¿por qué los papas son tachados por los adolescentes y excluidos como fuentes de ayuda? ¿Por qué tan pocos padres tienen éxito al mantener una relación de ayuda con sus hijos? para empezar a tener una comunicación efectiva con los chicos debemos transmitirles un mensaje de aceptación, a continuación veremos cuáles son las formas básicas del lenguaje de aceptación.

La expresión de la aceptación es un factor que ayuda a fomentar una relación en la que la otra persona puede crecer, desarrollarse, hacer cambios constructivos, aprender a resolver problemas, ir hacia la salud psicológica, volverse más productiva y creativa y permite actualizar su potencial.

Recuerden que los niños con frecuencia se convierten en lo que sus padres les dicen que son, de ahí deriva la importancia de que se sientan aceptados a pesar de sus defectos.

La comunicación no verbal constituye un pilar básico ya que la mayoría de los mensajes que transmitimos se hacen de esta forma. De ahí se les puede recomendar:

- ✓ No intervenir en sus actividades, el mantenerse al margen de sus actividades es una forma no verbal muy poderosa de expresar aceptación.
- ✓ El no decir nada cuando nos están hablando también es una forma pasiva no verbal de demostrar aceptación.

De las formas verbales consideramos que, el principal problema de comunicación recae en la forma en cómo los padres se dirigen hacia sus hijos.

Se deben evitar frases como:

- ✓ ¡No le hables así a tu madre!
- ✓ ¡Deja de quejarte!
- ✓ ¡Si haces eso te vas a arrepentir!
- ✓ ¡Deberías hacer esto!
- ✓ ¡Siempre hay que respetar a tus mayores!

Es mejor invitar a seguir la comunicación de la siguiente forma:

- ✓ ¡Tienes un punto de vista inmaduro!
- ✓ “Ya veo”
- ✓ “oh”
- ✓ “y que más paso”
- ✓ ¿De verdad?”
- ✓ ¿No me digas?
- ✓ ¿Lo hiciste? wow
- ✓ ¿En serio?
- ✓ “Platícame sobre eso”
- ✓ ¿Te gustaría hablar sobre ello?
- ✓ “Cuéntamelo todo”
- ✓ “Esto parece ser algo sumamente importante para ti”
- ✓ “Me gustaría conocer tu punto de vista”

Tema 2. Lucha de poderes y el método “nadie pierde” (10 minutos)

Objetivo. Que los padres identifiquen qué tipo de relación tienen con sus hijos y que la resolución de los conflictos no está en términos de ganador-perdedor.

Existen 3 formas específicas de relacionarse con los chicos, las primeras dos se dan en función de una lucha de poder y la tercera se trata de un método que permite la resolución de los conflictos de manera que ambas partes resulten beneficiadas.

El ganar o perder parece el lema principal de estas dos maneras poco saludables de relacionarse con sus hijos. En la primera forma, el padre es el ganador y en la segunda el hijo es quien gana. Muchos padres ven el problema de la disciplina en la crianza de

sus hijos como un problema de ser estricto o tolerante, áspero o suave, autoritario o flexible, debido que están encerrados en un enfoque disciplinario, ven la relación con sus hijos como una lucha de poderes, un enfrentamiento de voluntades, una pelea para ver quién gana o pierde.

¿Qué sucede cuando el padre resulta el “ganador” del conflicto?

Los padres que dependen de este método pagan un precio muy alto ya que existe una alta probabilidad de que los chicos:

- ✓ Estén poco motivados a la solución de conflictos ya que constantemente el padre busca resolverlos.
- ✓ Guarden resentimientos hacia sus padres ya que se sienten obligados a cumplir con su voluntad.
- ✓ No desarrollen un sentido de autodisciplina, es decir existe una ausencia de dominio interior y de responsabilidad propia.
- ✓ Son chicos poco cooperativos.
- ✓ Aunque algunas veces los padres pueden obtener el comedimiento y obediencia de sus hijos, el precio que tienen que pagar por ello es la hostilidad de aquellos. Además tienen que emplear mucho tiempo reforzando la decisión, cerciorándose de que el chico la está llevando a la práctica como sermoneando, recordando, estimulando.

¿Qué pasa cuando los niños crecen en un hogar donde generalmente ellos ganan y los padres pierden?

- ✓ Existe la tendencia de ser niños que hagan berrinches para conseguir lo que desean.
- ✓ Los niños consideran que sus necesidades son más importantes que las de otro, no respetan las necesidades ajenas. Son chicos egocéntricos, egoístas y exigentes.
- ✓ Tiene problemas para relacionarse con sus semejantes
- ✓ Son lo que llaman “niños consentidos”

- ✓ Los chicos desarrollan sentimientos de inseguridad sobre el amor de sus padres, ya que suceden lo contrario del método I, en este caso los chicos sienten que sus padres están muchas veces irritados y enojados con ellos.

El método “Nadie Pierde” para resolver conflictos.

La alternativa para los padres que han estado encerrados en la tradición de cualquier método autoritario “ganador-perdedor” para la resolución de conflictos, se le ha denominado método “Nadie pierde”. Dicho método no se vale del poder, sino que los conflictos se resuelven sin que una de las partes salga ganando y la otra perdiendo. Ambos ganan, ya que la solución debe ser aceptada por las dos partes. Esta es la “solución de los conflictos” mediante el acuerdo mutuo sobre la decisión mutua. El padre pide al niño que participe con él en una búsqueda conjunta de una solución aceptable para ambos.

Hay que aclarar que con este enfoque no existen “las mejores soluciones aplicables a todas las familias o casi todas. Una mejor solución para una familia, esto es, una que sea aceptable para un padre y un hijo en particular y no necesariamente puede ser la “mejor” la otra familia

¿Cuáles son las ventajas de éste método?

- ✓ No hay necesidad de comprar al otro después de que ambos han acordado la solución del problema.
- ✓ Los chicos son motivados a encontrar la solución de los problemas esto disminuye la dependencia de las decisiones de sus padres y se hacen responsables de las consecuencias de sus actos.
- ✓ Aunque el método no garantiza que los niños siempre llevaran a cabo rápidamente las soluciones a las que se han llegado, incrementa en gran medida la posibilidad de que así lo harán.
- ✓ Se crea un ambiente menos hostilidad y más comprensión y amor. Ya que la solución es ofrecida por ambas partes no se guardan sentimientos de hostilidad por someterse a una decisión autoritaria.
- ✓ Se requiere de menos imposición.

- ✓ Elimina la necesidad de usar el poder, ya que se arregla mediante un acuerdo mutuo.
- ✓ Permite adentrarse en el verdadero problema, ya que este método resulta de un proceso en el cuál se analizan todos los componentes, posibles soluciones y evaluación para llevarlo a cabo. No se basa en decisiones autoritarias y subjetivas.

¿Cómo funciona?

Existen 6 etapas:

- ✓ Identificación e identificación del conflicto. En esta etapa es necesario hablar con el chico cuando exista un momento donde no interfiera con sus actividades. Se debe ser claro en el mensaje exponiendo sus inconformidades sin culpar al chico. Ser claro en cuanto a su deseo de que se le unan para encontrar una solución aceptable para ambos.
- ✓ Generación de las alternativas posibles para la solución. Generar una variedad de soluciones preguntando al chico que sugiere para que exista una solución, tratar primero que el chico ofrezca las soluciones. Evitar evaluar las soluciones ofrecidas por los chicos, acepte todas las ideas como posibles soluciones. Tratar de que el chico agote todas sus opciones hasta que ya no sea posible sugerir alguna más.
- ✓ Evaluación de las alternativas. Preguntar ¿Cuál de estas alternativas les parece mejor? Hacer preguntas de manera que se evite menospreciar las otras, se debe invitar a evaluar aquella que más guste o parezca la más oportuna.
- ✓ Decidir cuál es la mejor. Hacer preguntas como “¿entonces, está bien esta solución?”, “¿todos se sienten satisfechos con la solución?” de manera que se pueda comprobar que efectivamente la decisión elegida es aprobada por todos.
- ✓ Creación de las formas de cumplimiento de la solución. Esta etapa consiste en detallar como se llevara a cabo la solución elegida, “¿quién hará qué y

cuándo?” “¿Cuándo empezar?” “¿qué días?” etc., preguntas relacionadas con los quehaceres, compras, conductas a seguir etc.

- ✓ Continuar para saber cómo funcionó la evaluación. No todas las decisiones tomadas en un principio pueden ser las mejores, entonces es necesario hacer una evaluación de manera que se pueda verificar si existen resultados satisfactorios y si ambas partes siguen de acuerdo con tal decisión. En caso de que no sea así y no esté funcionando entonces se deberá retomar todos los pasos para así llegar a otra solución productiva y benéfica.

Tema 3. Salidas nocturnas, tatuajes y piercings (15 minutos)

Objetivo. Lograr sensibilizar a los padres sobre cómo manejar las preferencias de los adolescentes.

El uso de tatuajes y piercings responde más a una forma de búsqueda de identidad y de expresión del adolescente que a un acto de rebeldía por sí mismo. Una forma de vestir, un determinado tipo de zapatos o la manera “IN” de llevar el pelo forman parte de las acciones transitorias de la vida, por ejemplo en la época de los sesentas el uso de la melena larga y del uso de los inmensos collares con el signo de la paz, escandalizaron a los padres de ese tiempo, sin embargo hoy en día quizás ya no portan ni el más mínimo rastro de ese inclinación juvenil. En el caso de los tatuajes y piercings entendámosla como una transitoria moda que causa en los adultos expresiones de desaprobación y rechazo. Es sabido que los jóvenes en cuestiones de modas y comportamiento obedecen más al grupo de pares que a los padres.

Recuerden que son inútiles las amenazas cuando un muchacho está convencido de hacer algo. Ni las amenazas sobre los riesgos de contraer VIH o hepatitis, implícitas en estas técnicas, los hacen desistir de las ganas de “decorar” su hombro o su nariz. La moda constituye una forma de expresión.

En cuanto las salidas nocturnas, tenemos que los padres enfrentan una gran ansiedad cuando los chicos salen a fiestas y esto implica el llegar más tarde de lo habitual. La pregunta es ¿estos miedos surgen debido al riesgo tentativo que corren los chicos al salir a la calle, o corresponden también al temor por el incremento de la libertad y la

independencia de los hijos que crecen? Es difícil tal vez dar una respuesta, sin embargo, tal vez valdría la pena el que los padres se remonten a su juventud.

Los horarios familiares son recomendables dentro de ciertos márgenes de flexibilidad. La hora de la comida y la hora de regreso a casa deben ser manejadas cuando los miembros de la familia presentan actividades que los mantienen fuera de ella. Tanto de día como de noche, hijos y padres deben informar al resto del grupo sus planes, ya que existen ocasiones que los adultos se ausentan sin previo aviso y exigen a sus hijos un estricto reporte de sus salidas.

Recuerden que el peligro no solo es de noche, estamos expuestos al peligro en cualquier momento y no solamente aparece con la luz de la luna. Recuerden que muchos de los temores no provienen solamente de su exposición al peligro o al daño físico, sino que también los padres ven a sus hijos como potencialmente tendientes a un encuentro sexual o simplemente al ejercicio de su sexualidad la cual no solamente se restringe al plano de las relaciones sexuales. En este caso hay que hablar con los chicos de la sexualidad y de los riesgos que corren con su ejercicio indiscriminado, para llegar a los acuerdos pueden emplear el método “nadie pierde” para establecer sus derechos y obligaciones en estos casos. Se debe preparar a los chicos hacia el camino a su independencia, recuerden que no siempre dependerán de sus cuidados.

Tema 4. Límites, castigos y sus alternativas (10 minutos)

Establecer límites no significa: no permitir, impedir, regañar, etc. Sino más bien, confrontación con la realidad. Se trata de orientar lo que está permitido y lo que no a una edad y condición, lo que es válido hacer en un momento y lugar y en otro no.

Aunque parezca increíble los chicos desean tener límites ya que aparte de que les proporciona la capacidad de ser disciplinado, les da seguridad. Necesitan saber hasta dónde llegar antes de que su comportamiento se vuelva inaceptable. Sin embargo el establecimiento de dichos límites no puede ser unilateral.

La clave esencial para el establecimiento de los límites, se use o no el poder es la CONSTANCIA, sin ésta los chicos se confundirán al relacionar una conducta con su

consecuencia. La inconsistencia trae como efectos el que sean chicos enojones, confusos frustrados y hasta “neuróticos”.

Aunque es común el pensar que es responsabilidad de los padres influir en los hijos, también recordemos que somos humanos y que no estamos exentos todos y cada uno en cometer errores. Los padres a menudo justifican entonces el uso del poder para educar a sus hijos, sin embargo la pregunta que surge es ¿Quién sabe que es realmente lo mejor para ellos? El efecto del uso del poder para fomentar el cambio es solo momentáneo mientras se exista, ya que los hijos actúan en función de una conducta de sumisión y no de convicción, entonces solo traerá rencor y frustración de aquel que se somete y en otros casos se actuará con rebeldía.

Tema 5. Pertenencia a un grupo, y reuniones familiares (10 minutos)

El grupo de amigos cumple una función importante para el desarrollo de los adolescentes, se identifica en los cambios, aprende nuevas cosas, vence temores, etc. Les permite atreverse a hacer lo que no harían solo, ensayan roles, afinan su identidad. Si bien los padres desean guiar a sus hijos, se debe requerir que sean logren encaminarlos, más no hacer reproches. Reprochar: deseo de que el otro sea como deseamos; Encaminar: supone entender al otro, así la familia se convierte en protectora.

En esta edad es importante que le permita elegir libremente a sus amistades, pero si encuentra que está en riesgo por alguna razón, en lugar de reprimirlo, debe hacerle notar las actitudes que adopta cuando está en grupo e incrementar el apoyo familiar positivo.

Respecto a las reuniones familiares, se pueden dar de manera espontánea y con la presencia voluntaria de casi todos los miembros de la familia. Esas reuniones se convierten en momentos gratos que contribuyen a eliminar las tensiones de la vida cotidiana, se comentan problemas, frustraciones, es válido echar relajo, agachar y sentirse querido por los demás.

Así procure que su familia tenga esas reuniones; quizá se puede fijar la hora y el día, y establecer el criterio de que no transcurra más de una semana sin realizarlas. Serán positivas y sus hijos no las olvidarán y aprenderán a cómo llevarse bien con los demás.

Tema 6. Ejercicio, “como me vi, te ves ahora” (15 minutos)

Objetivo. Permitir a los padres ver la trascendencia de los cambios que el adolescente sufre física y emocionalmente, recordando los propios.

A continuación vamos a realizar un ejercicio de imaginación, les vamos a pedir que se sienten cómodamente, y si no existe problema para ustedes, cierren sus ojos. Concéntrese en sí mismo por un momento y haga memoria de cómo era cuando tenía entre 12 y 15 años: ¿cómo veía su cuerpo?, ¿cómo se sentía?, ¿qué esperaba de los demás?, ¿qué deseaba?, ¿recuerda cómo dejó de ser niño para convertirse en otra persona, al crecer y transformarse por completo, física y emocionalmente? No fue algo sencillo, ¿verdad? Ahora haga una respiración profunda, como lo hicimos al principio, después de que haya repasado quién fue usted, ahora piense en su hijo (a), llévelo a su mente y haga un esfuerzo por representarlo ante usted con mucha precisión. Como su padre o madre, usted lo conoce mejor que nadie: ¿qué cambios está teniendo en su talla, en su peso, en sus facciones?, ¿cómo se ha transformado de niño en jovencito (a)? Incluya a esta imagen sus observaciones sobre los riesgos psicosociales de la actualidad: las presiones económicas y sociales, vivir en un ambiente de violencia física y emocional, etc. Y considere que usted también tiene su vida personal (eche una ojeada a su vida, quizá experimenta problemas de pareja, de trabajo, etc.) Recuerde que como padre tiene hijos que le quieren y que esperan todo de usted: cariño, comprensión, guía protección, etc., etc., y no golpes ni violencia.

Ahora lentamente puede abrir sus ojos, realizando una vez más una respiración profunda. Este viaje a sí interior es un empeño por concienciarlo sobre los riesgos específicos a que están expuestos sus hijos, así como la inestabilidad emocional de la maduración física en combinación con los riesgos ambientales que existen, pues ellos sufren problemas de adaptación a sí mismos y con los demás. Ahora bien, Sr. “X” me comenta la experiencia

que tuvo durante el ejercicio, le fue difícil traer a la mente las imágenes, pudo recordar su adolescencia, etc.

Actividad 4. Relajación (10 minutos)

Actividad 5. Despedida (5 minutos)

Esperamos que lo visto el día de hoy lo lleven a cabo para el beneficio de ustedes y su relación con sus hijos, recuerden que la constancia es la clave del cambio, que todo es un proceso y los resultados se verán a través de la constancia de ambas partes, nos veremos al finalizar el taller de los chicos para proporcionarles los resultados de la prueba que contestaron el día de hoy. Buenas noches y nos veremos en la próxima sesión.

SESIÓN 9. SEXUALIDAD Y ADICCIONES

Objetivo general.

Estas actividades pretenden ofrecer ayudas eficaces a los jóvenes para que vivan su sexualidad sin riesgo y desarrollen sus mejores posibilidades. También pretende fomentar que estos puedan decidir y actuar eficaz y responsablemente en todo lo referido a sus relaciones interpersonales. Así como evitar que inicien en el consumo de drogas dando a conocer algunas de sus consecuencias.

Bienvenida (3 minutos)

Hola chicos, nos da gusto de verlos de nueva cuenta, ¿Cómo les ha ido en la semana? ¿Cómo les fue el fin de semana? ¿Cómo te fue en la semana Karen?

Actividad 1. Relajación (voluntario, 5 minutos)

Actividad 2. Revisión de actividad para casa “un vistazo hacia el futuro” (7 minutos)

Muy bien chicos, ¿alguien me podría decir cuáles son tus metas a corto plazo y cómo pretendes lograrlo? ¿”Persona X”...qué te gustaría estar haciendo en 6 años? ¿”Persona Y” cuáles son tus metas a largo plazo?

Actividad 3. ¿Qué es la sexualidad? (7 min)

Objetivo. Que los participantes adquieran un concepto más claro y amplio acerca de la sexualidad. Discutir sus creencias acerca del tema.

“Persona Z”, qué piensas acerca de la sexualidad, “Persona W” para ti qué es la sexualidad.

Sexualidad. Debe quedar claro que no solo es el acto sexual y los órganos genitales, si no que abarca dimensiones relacionadas con nuestras relaciones interpersonales, deseos, roles, sentimientos, afectos, etc., el fin, no solo es la reproducción. La sexualidad está involucrada de manera muy amplia con el cuerpo, los sentimientos y pensamientos.

Actividad 4. Riesgos asociados a la sexualidad. (10 minutos)

Objetivo. Que los participantes conozcan los riesgos de no tener una vida sexual responsable.

¿“Persona X”, cuál consideras que es un riesgo de no tener una vida sexual responsable?..... Entre estos riesgos se encuentran:

1. Las frustraciones o desengaños relacionales. Sentirse culpable al siguiente día, arrepentido, con temor, actitud negativa hacia las relaciones sexuales, que lo hayas hecho solo por curiosidad, etc.

2. Embarazos no deseados. a) Aspectos físicos: presentar abortos, partos prematuros terminados en cesárea, b) Aspectos psicosociales: baja autoestima por rechazo de la familia, novio, escuela, sociedad en general. Los padres de los adolescentes se sienten culpables y existen reclamos, abandono de la escuela, carencia para la manutención del hijo. c) Aspectos económico-culturales: adaptar un nuevo papel, toma de decisiones importantes.

3. Enfermedades de transmisión sexual, los cuales pueden ir desde los problemas físicos hasta la muerte. Entre las más comunes se encuentran: SIDA, sífilis, gonorrea, herpes genital o herpes simple tipo II, condiloma, vaginitis monilial, clamidia, tricomoniasis, hepatitis tipo B, pediculosis.

Actividad 5. Métodos anticonceptivos. (10 minutos)

Objetivo. Que los participantes conozcan los principales métodos anticonceptivos para prevenir ETS y embarazos no deseados.

- ✓ Abstinencia
- ✓ Condón
- ✓ Condón femenino
- ✓ Pastillas
- ✓ Implante subdérmico
- ✓ Parches
- ✓ Espermaticidas
- ✓ Inyecciones hormonales

Actividad 6. Dinámica “Buzón de inquietudes” (10 minutos)

Objetivo: Que los participantes puedan expresar sus dudas sobre el tema de sexualidad para que sean resueltos en el grupo sin temor a ser criticados.

A continuación van a escribir una pregunta anónima por persona donde ustedes pueden expresar sus dudas más importantes sobre el tema. Después van a colocar su pregunta en el buzón de inquietudes y serán seleccionadas al azar para discutir las en el grupo.

Actividad 7. ¿Qué es una adicción? (5 minutos)

Objetivo. Que los participantes conozcan la definición apropiada de una adicción y las fases de éstas.

Es el impulso de una persona por la necesidad irresistible de consumir drogas, esto provoca que cambien sus costumbres y hábitos para consumirlas cada vez con más frecuencia y en mayor cantidad sin importar el daño que esto le produce ni los percances que ocasiona.

Es necesario pasar por tres fases:

- ✓ Fase de experimentación
- ✓ Fase de la habituación. Consumo regular de la droga sin que se tenga la necesidad compulsiva de consumirla.

- ✓ Adicción

Actividad 8. “Conociendo y no dependiendo” Las drogas más comunes (10 minutos)

Objetivo. Identificar las drogas más comunes y su clasificación.

En el piso hay diferentes _____ las cuales deberán colocar en la columna que corresponda a su clasificación. Después discutiremos el porqué de su elección.

- ✓ Estimulantes: cocaína, anfetaminas.
- ✓ Depresores o sedantes: alcohol, barbitúricos (butisol, amytal, etc.), tabaco
- ✓ Narcóticos: opio, morfina, heroína.
- ✓ Alucinógeno: LSD, marihuana, peyote, hongos.
- ✓ Solventes: thinner, pegamento, gasolina, aerosol, quita esmalte.
- ✓ Sintéticas: éxtasis, metanfetaminas, LSD

Actividad 9. “El costo de la ignorancia” Consecuencias del uso de las drogas. (10 minutos)

Las drogas como sustancias tóxicas afectan principalmente sistema nervioso central, alteran estas funciones, su capacidad de funcionamiento adecuado, su coordinación etc. Puede distorsionar las formas la nitidez de las percepciones, conectarlas con sensaciones y sentimientos de manera inapropiada; pueden perjudicar la coordinación visomotora, la capacidad para hacer movimientos finos, la velocidad de respuesta ante los estímulos; hacernos perder el control sobre nuestras emociones e impulsos, desproporcionar las respuestas afectivas; en fin, las drogas tienen la capacidad para alterar las funciones mentales y el comportamiento. Y lo hacen de manera diferente, lo cual dependen de la droga de que se trate, de la cantidad que se consuma y, de las condiciones del individuo y las circunstancias del consumo.

Otras de las consecuencias son los accidentes automovilísticos la cual es la principal causa de muerte en los adolescentes y jóvenes debido al consumo excesivo del alcohol y otras drogas.

Efectos de las drogas sintéticas

Psicológicamente generan ansiedad, irritabilidad, sensación de euforia y gran energía física y emocional, distorsionan la percepción de la autoestima, hay emotividad desinhibida y mayor facilidad para entablar relaciones sociales. En dosis altas pueden producir cuadros de pánico y confusión mental con alucinaciones visuales o auditivas.

Actividad 10. Actividad para casa (5 min) “Repaso general”

Del material que les hemos proporcionado el día de hoy deberán repasarlo durante toda la semana, por lo menos 10 minutos diarios.

Actividad 11. Relajación final, (Voluntario, 5 minutos)

Muy bien, chicos antes de terminar vamos a practicar una vez más la relajación diafragmática que realizamos al inicio de nuestra sesión. Recuerden que el estar relajados nos va a permitir sentirnos mejor y tomar mejores decisiones en cualquier momento.

Actividad 12. Resumen y cierre (5 minutos)

Nos dio mucho gusto volver a verlos, y que compartieran en este espacio algunas de sus experiencias. Los esperamos la próxima semana en este espacio y no olviden repasar su material para casa, registro de relajaciones y poner en práctica lo visto en la sesión (registrarlo).

SESION 10. APLICACIÓN DEL POST-TEST

Objetivo. Obtener información cualitativa que nos permita comparar los datos obtenidos antes y después que se aplicó el taller PIPAT

Bienvenida (3 minutos)

Hola chicos, ¿cómo están, cómo les ha ido? El día de hoy vamos aplicarles las pruebas que ustedes contestaron antes de iniciar el taller, la finalidad es ver los cambios que se presentaron a partir que éste se impartió.

Actividad 1. Relajación (voluntario) (10 minutos)

Actividad 2. Aplicación de batería de instrumentos para adolescentes (50 minutos)

Objetivo. Obtener información cualitativa de los integrantes mediante la aplicación de las pruebas psicométricas.

En este momento contestarán una serie de 4 cuestionarios, se aplicará el siguiente cuestionario hasta que todos hayan terminado el primero y así sucesivamente. Con estos pretendemos saber qué piensan, qué hacen y qué sienten ante ciertas situaciones cotidianas. Les pedimos contesten con la mayor honestidad posible, la información que se obtenga no será publicada y será de carácter confidencial. Así mismo, no deben dejar ningún reactivo en blanco y deben contestar lo primero que se les venga a la mente sin pensarlo demasiado. No hay respuestas buenas ni malas. No comiencen hasta que se los indiquemos y hayamos leído las instrucciones juntos ¿Tienen alguna duda?

Materiales

- ✓ Inventario de depresión de Beck.
- ✓ Encuesta sobre las habilidades de estudio.
- ✓ Escala de habilidades sociales para adolescentes.
- ✓ Instrumento de evaluación de la autoestima en adolescentes.
- ✓ Cuestionario.....(nombre del de redes)
- ✓ Lápices

Actividad 3. Recordatorio de actividades para casa (5 minutos)

Objetivo. Recabar toda la información de tareas de los participantes para poder retroalimentar a los mismos.

Recordatorio sobre las actividades de casa que les hicieron falta entregar en las sesiones pasadas, les pedimos que las traigan sin falta el próximo martes ya que esto será de vital importancia para poder ofrecerles, junto con los resultados de sus evaluaciones, información sobre sus avances y situaciones que tienen que seguir manejando para que puedan salir adelante en esta vida llena de retos.

Actividad 4. Cierre (5 minutos)

Chicos nos dio gusto verlos el día de hoy y les recordamos que nos veremos la próxima semana para darles los resultados de sus pruebas.

Es muy importante que no falten, pues les diremos cuál fue el avance que tuvieron a lo largo del taller y también les daremos un pequeño reconocimiento por su participación con nosotros.

SESIÓN 11. RETROALIMENTACIÓN FINAL

Objetivo general. Que cada participante de forma individual obtenga los resultados de su desempeño a lo largo del taller, hacer énfasis y mencionar áreas por reforzar y mencionar los recursos con los que cuentan y que fueron observados y desarrollados durante las sesiones.

Bienvenida (3 minutos)

Hola chicos, nos da gusto de verlos de nueva cuenta, ¿Cómo les ha ido en la semana? ¿Cómo les fue el fin de semana? ¿Cómo te fue en la semana Karen? Esta es nuestra última sesión

Actividad 1. Relajación (voluntario, 5 minutos)

Actividad 2. Proporcionar retroalimentación (30 minutos)

A continuación vamos a darles los resultados de sus evaluaciones, así como las observaciones que logramos hacer de ustedes a lo largo del taller. Van a ir pasando de 2 en 2 personas, uno con cada terapeuta a la vez, nosotras les indicaremos a dónde ir. Mientras tanto les pedimos que los que se queden en esta aula platicuen y comenten lo que quieran con sus compañeros, pues esta será la última vez que nos veamos en este espacio, si alguien quiere pedir teléfono, e mail, dirección de alguno de sus compañeros, éste es el momento o simplemente conservar un amigo del taller.

Actividad 3. Buzón de inquietudes (10 minutos)

Recuerdan que en la sesión de sexualidad nos proporcionaron un papel con algunas preguntas que ustedes tenían respecto a sexualidad. A continuación vamos a resolver con la participación de todos, dichas preguntas.

Pregunta 1. ¿Cómo puedo abortar? “Persona X”, sabes algo al respecto o quisieras darnos tu opinión del tema, por favor.

Actividad 4. Acerca del taller (15 minutos)

Finalmente, queremos saber qué opinan, piensan, acerca del taller que termina al día de hoy, si cumplió sus expectativas, si fue como ustedes se lo imaginaban.

“Persona Y”, coméntanos algo al respecto, ¿qué te gustaría decir del taller?

Actividad 5. Entrega de reconocimientos (5 minutos)

Vamos a entregarles un reconocimiento simbólico por haber asistido a este taller, pues consideramos que cada uno de ustedes puso lo mejor de sí y que hicieron un esfuerzo valioso al estar aquí cada martes. Vamos a comenzar con “Persona X” a quien vamos a darle un aplauso.

Actividad 6. Cuestionario de satisfacción (10 minutos)

A continuación van a contestar el siguiente cuestionarios, el cual se refiere al grado de satisfacción que tienen ustedes en este momento con el taller, les pedimos que sean lo más sinceros posibles y que contesten lo más rápido posible.

Actividad 7. Relajación final, (5 minutos)

Muy bien, chicos antes de terminar vamos a practicar una vez más la relajación diafragmática que realizamos al inicio de nuestra sesión. Recuerden que el estar relajados nos va a permitir sentirnos mejor y tomar mejores decisiones en cualquier momento.

Actividad 8. Resumen y cierre (5 minutos)

Nos dio mucho gusto compartir éste espacio con ustedes a lo largo de éstas 9 sesiones, esperamos que lo visto aquí lo apliquen en su vida cotidiana, incluyen las relajaciones y todos los tips que vimos, pues ello les ayudará a aminorar los estragos de la adolescencia. Así mismo agradecemos las experiencias que compartieron con nosotros y les deseamos de todo corazón que su vida sea muy fructífera y exitosa.

SESIÓN 12. RETROALIMENTACIÓN FINAL Y RESULTADOS A PADRES

Objetivo general.

Proporcionar a los padres los resultados de sus hijos a lo largo del taller.

Actividad 1. Retroalimentación (15 aprox. para cada padre)

Se entrega de manera individual a cada uno de los padres, por medio de una entrevista los resultados de las pruebas psicológicas aplicadas a cada uno de sus hijos. Así mismo se les proporciona sugerencias e intercambio de opiniones en caso de que tengan alguna observación o comentario.

ANEXO 5 MATERIALES DE APOYO

GUIÓN TELEFÓNICO PARA PRIMER CONTACTO DE ADOLESCENTES

Terapeuta: buenos (días, tardes, noches...) le llama la psicóloga Blanca Gutiérrez o Marlene Coria (según sea el caso) del CSP de la Facultad de Psicología de la UNAM, con el objetivo de informarle que se está programando un taller dirigido a adolescentes en el cual se le está invitando a participar, ya que hace algún tiempo usted solicitó atención psicológica en el CSP para su hijo (a).

Paciente: Respuesta NO me interesa (preguntar cuál es la razón)

Respuesta SI le interesa (explicar)

Terapeuta: en el taller se proporcionará algunas habilidades importantes para prevenir riesgos en un futuro, principalmente en estas áreas: 1. Autoestima 2. Bajo rendimiento escolar y 3. Habilidades para una sana convivencia. Para que su hijo (a) pueda participar es necesario que:

- ✓ Acudir a una entrevista con los terapeutas
 - ✓ Firmar la autorización para participar en el taller
 - ✓ Llevar a cabo una evaluación psicológica para abrir el expediente
 - ✓ Acudir a una sesión semanal de 90 minutos mientras dure el taller.
- Tentativamente se llevará a cabo los días martes a las 5 pm

Paciente: (Esperar respuesta)

Terapeuta: Nos veremos el día_____ a las _____ horas, para que nos pueda firmar la autorización y resolver sus dudas al respecto.

Gracias por su tiempo y que tenga buen día.

VENTAJAS DE TALLERES GRUPALES

La naturaleza del taller como oferta terapéutica a sus necesidades de atención:

La terapia breve de grupo, consiste en reunir a un grupo de adolescentes con problemáticas emocionales o motivos de consulta similares, la reunión se lleva a cabo en grupo de no más de 12 personas, dirigidos por un terapeuta entrenado y las personas se ayudan unas a otras a llevar cambios en su comportamiento (o conducta).

Los objetivos son:

- ✓ Fomentar la salud mental
- ✓ Disminuir los síntomas
- ✓ Enseñar a los adolescentes a relacionarse con sus pares
- ✓ Facilitar la expresión verbal
- ✓ Mostrar sus características favorables
- ✓ Facilitar la comprensión de los demás y de las propias dificultades

3. Las ventajas son:

- ✓ Tener el apoyo del resto de los integrantes del grupo y del terapeuta
- ✓ Reduce el aislamiento en el que viven muchas veces los adolescentes
- ✓ Oportunidad de observar sus respuestas (psicológicas, emocionales, conductuales) y que se les pueda proporcionar retroalimentación
- ✓ Menor tiempo en terapia por su naturaleza breve, lo que implica a su vez menores costos y resultados más rápidos

BLOQUE: AUTOESTIMA

Elaboración de pensamientos alternos

PENSAMIENTO NEGATIVO: CAMBIARLO POR:

“Debería”, Me gustaría

“Tendría que”, Sería conveniente

Desearía

EVITAR EL USO DE PALABRAS COMO	UTILIZAR FRASES POSITIVAS COMO
Inútil	“bien, lo he conseguido”
Incompetente	“cada día lo hago mejor”
Cobarde	“pude terminarlo yo solo”
Aburrido	
Torpe	
Feo	
Nunca	
Imbécil	
Tonto	
Flojo	
Siempre	
Todo	
Ninguno	
Nadie ni uno	
todo el mundo	

Imagina que el pensamiento negativo es un cubito de hielo que produce escalofríos sobre su cabeza y de pronto aparece el sol y comienza a derretirlo lentamente.

En un frío día de invierno te encuentras frente a una chimenea encendida, de pronto aparece un pensamiento negativo en tu mente y lo echas sobre las llamas, vas viendo como desaparece hasta convertirse en cenizas.

Cuando aparezca el pensamiento negativo imagina que lo echas por la taza del baño, tiras de la palanca y el pensamiento se va por el caño.

Vas navegando en un barco y tiras el pensamiento negativo por la borda, pudiendo ver como dicho pensamiento comienza hundirse hasta desaparecer.

BLOQUE: HABILIDADES DE ESTUDIO

CONCENTRACIÓN

¿Qué se debe hacer para mantener la concentración?

Consejos a considerar

- ✓ Hacer una cosa a la vez
- ✓ Hacerla durante 20 minutos aprox.
- ✓ Si se cambia de actividad se carga la pila de nuevo con la máxima intensidad
- ✓ No estar haciendo la misma actividad por tiempos prolongados, eso nos hace que perdamos la concentración, nos distraemos, nos cansamos, perdemos la concentración.
- ✓ El rendimiento no mejorará dedicando más tiempo a una misma materia, pero sí lo hará atendiendo a la capacidad de concentración y aprovechándola al distribuir el trabajo escolar.
- ✓ Hacer ejercicios de respiración.
- ✓ Estudiar en un ambiente libre de distracciones

REPETICIÓN

Consejos a considerar:

- ✓ Repasar la información de manera organizada, por lo menos en un período de 30 días para que quede almacenada en forma definitiva.
- ✓ Es preferible repasar antes de dormir, ya que existen menos interferencias de otras actividades.
- ✓ Es preferible saber la utilidad y uso de la información ya que esto nos ayuda a retenerla por más tiempo.
- ✓ Escribe todo lo que quieras recordar. (Lo que se escribe se recuerda mejor de lo que se lee. Lo que se ve se recuerda mejor de lo que se escucha).

- ✓ Repasar clase a clase para no caer en la curva del olvido.
- ✓ No estudiar un día antes del examen.

Conclusión: La repetición es fundamental porque se fija lo que aprendemos.

BLOQUE: SEXUALIDAD

ACERCA DE LA SEXUALIDAD

Recuerda que....el sexo es más que sólo tu cuerpo., también es tu corazón, de hecho, lo que hagas respecto al sexo podría afectar tu imagen y tus relaciones con los demás mucho más que cualquier otra decisión que tomes.

Antes de decidirte a tener sexo o a seguir teniéndolo, busca en tu corazón y piénsalo...cuidadosamente.

¿Piensas que estás dispuesto a todo? ¿Estás seguro? Las Infecciones de Transmisión Sexual (ETS), embarazo no planeado y dudas emocionales son buenas razones para esperar. Antes de que vayas demasiado lejos, examina la siguiente lista. O piensa en tus propias formas de terminar la frase:

No estás listo(a) para tener relaciones sexuales si....

- ✓ piensas que el sexo es igual al amor.
- ✓ te sientes presionado.
- ✓ temes decir no.
- ✓ es más fácil decir sí.
- ✓ piensas que los demás lo hacen (¡No es así!)
- ✓ tus instintos te dicen que no lo hagas.
- ✓ no tienes datos sobre el embarazo.
- ✓ no comprendes cómo funcionan los métodos anticonceptivos.
- ✓ no piensas que una mujer puede embarazarse en la primera vez (sí puede)
- ✓ va en contra de tus creencias morales.
- ✓ va en contra de tus creencias religiosas.
- ✓ lo lamentarás a la mañana siguiente.

- ✓ te sentirás avergonzado (a) o abochornado (a).
- ✓ lo haces para demostrar algo.
- ✓ no puedes mantener un hijo.
- ✓ no puedes mantenerte tú mismo.
- ✓ piensas que un compromiso es rentar un video durante tres días.
- ✓ crees que el sexo premarital es un error.
- ✓ no sabes cómo protegerte del VIH, el virus que causa el SIDA.
- ✓ no conoces los síntomas de las infecciones de transmisión sexual.
- ✓ piensas que hará que tu pareja te quiera.
- ✓ piensas que te hará amara tu pareja.
- ✓ piensas que eso los mantendrá juntos.
- ✓ piensas que cambiará tu vida.
- ✓ no quieres que cambié tu vida.
- ✓ no estás listo para que cambie la relación.
- ✓ esperas que sea perfecto.
- ✓ te morirías si no fuera perfecto.
- ✓ no estás listo para quitarte tus ropas.
- ✓ piensas que el VIH y el SIDA sólo le sucede a otras personas.
- ✓ piensas que puedes saber quién tiene VIH sólo con verlo.
- ✓ piensas que los adolescentes no contraen VIH (si lo adquieren).
- ✓ no sabes que la abstinencia es la única protección contra ETS y embarazo.
- ✓ no hablaron del futuro.
- ✓ ni siquiera puedes pensar en el futuro.
- ✓ te horroriza si tus padres te descubrieran.
- ✓ lo haces para que tus padres te descubran.
- ✓ piensas que te hará más popular.
- ✓ piensas que “debes hacerlo” por tu pareja.
- ✓ piensas que no está bien ser virgen.
- ✓ sólo piensas en ti mismo (a).
- ✓ no estás pensando en ti misma.
- ✓ esperas que nadie sepa de ello.

- ✓ realmente esperas que nunca hubiera surgido el punto.
- ✓ por los valores personales propios.
- ✓ tienes temor a un embarazo no planeado.
- ✓ esto no cambiaría y truncaría tus planes a futuro.
- ✓ piensas que esto no dañara las relaciones con tus padres.

Razones por las cuales algunos jóvenes se involucran sexualmente. ¡Debes evitarlas en la medida de lo posible!

- ✓ Existe presión de los compañeros
- ✓ Por la soledad
- ✓ Obtener afecto
- ✓ Por placer o diversión
- ✓ Mostrar independencia, rebelándose contra los padres, maestros y algunas figuras de autoridad.
- ✓ Mantener una relación
- ✓ Mostrar que es adulto
- ✓ Ser padre o madre
- ✓ Por un favor, un intercambio, por dinero o por una apuesta
- ✓ Satisfacer la curiosidad
- ✓ Tener deseo sexual
- ✓ Para ser popular
- ✓ Porque consume drogas o alcohol y se pierde el control

PRECAUCIONES GENERALES ANTE LAS RELACIONES SEXUALES

- ✓ Tener hábitos de higiene adecuados.
- ✓ Tener relaciones sexuales con una sola pareja
- ✓ Usar preservativos rutinariamente, aún con una pareja estable y para todo tipo de coito
- ✓ Evitar el intercambio de fluidos corporales tales como semen, fluidos vaginales y sangre.
- ✓ Inspeccionar los genitales propios y de la pareja periódicamente
- ✓ Lavar los genitales después del coito
- ✓ Orinar después del coito.
- ✓ Someterse a exámenes médicos periódicamente.
- ✓ Evitar la exposición de lesiones en la piel a través de las cuales se puede contagiar una enfermedad
- ✓ Cuando haya que inyectarse, utilizar siempre agujas y jeringas desechables tirándolas a la basura inmediatamente después de usarlas (previo doblado de la aguja). De no ser posible, asegurarse que la aguja y la jeringa hayan sido esterilizadas adecuadamente (hervir durante 10 minutos en un recipiente limpio, tanto jeringa como agujas, previamente lavadas. El uso debe de ser inmediato).
- ✓ Utilizar ropa interior de algodón, no de nylon, para permitir la adecuada ventilación y transpiración del cuerpo.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

ENFERMEDAD	CAUSAS	SIGNOS Y SINTOMAS	TRANSMISIÓN
-------------------	---------------	--------------------------	--------------------

CONSECUENCIAS

SIDA Virus (VIH) Incremento de la frecuencia y severidad de infecciones virales tales como catarrros y resfriados. Inexplicables erupciones o cortadas que tardan en sanar, fiebres, sudores nocturnos, fatiga crónica y profunda. Rápida, inexplicable y significativa pérdida de peso, tos seca persistente. Diarrea persistente, inflamación de ganglios linfáticos en el cuello, axilas o ingle y/o manchas blancas poco usuales en la boca.

- ✓ Vías de transmisión
- ✓ Por coito anal, vaginal u oral sin protección
- ✓ Transmisión sanguínea
- ✓ Trasplante de órganos
- ✓ Por la leche materna
- ✓ Compartir agujas hipodérmicas con alguien infectado Muerte por falla del sistema inmunológico y propagación del virus si no se tiene cuidado.

Actualmente no existe una cura.

SIFILIS Bacteria (*Treponema pallidum*) Aparece en el lugar de la penetración de la bacteria, una lesión llamada chancro que es como una úlcera, que puede no causar molestia pero que si se descuida evoluciona dando lugar a la sífilis secundaria. Hay pérdida de cabello, úlceras en la garganta y glándulas inflamadas. Si no es tratada puede afectar la piel, los huesos, el corazón y el sistema nervioso central.

- ✓ Vías de contagio
- ✓ Generalmente por contacto sexual.
- ✓ A través de la placenta de la madre al feto
- ✓ Transmisiones sanguíneas.
- ✓ Contacto con mucosas.

Consecuencias. Deformaciones y trastornos de las encías, daños cerebrales y en la medula espinal. Durante el embarazo puede provocar aborto y en caso de que el embarazo esté más avanzado afecta al producto produciendo ceguera, sordera o lesiones en los huesos o malformaciones.

GONORREABacteria En mujeres puede presentarse un flujo amarillo o verdoso acompañado de irritación vaginal al orinar. En el hombre puede presentarse ardor, acompañado de secreción purulenta. Ocasionalmente se pueden presentar inflamaciones y ardor continuo bajo el abdomen. En un 20% de los varones puede no haber síntomas.

Vías de contagio

Por contacto directo en membranas mucosas infectadas como el útero, cérvix, Ano, garganta y ojos.

Tratamiento: Con antibióticos Esterilidad, inflamación pélvica inflamatoria, artritis, problemas cardiacos, del hígado y meningitis. En los bebés puede producir ceguera.

HERPES GENITAL Virus Sensación de ardor en el sitio del contagio. Posteriormente aparecen unas ámpulas rodeadas de tejido enrojecido. Si las ámpulas se rompen dan lugar a llagas húmedas y muy dolorosas. Fiebre, dolor de cabeza e inflamación de los ganglios. -Transmisión por contacto directo con las ámpulas o las úlceras abiertas que estén infectadas.

No hay cura específica, las verrugas pueden eliminarse por medios químicos o quirúrgicos. No existe cura para esta enfermedad, así que debe de haber un control médico de por vida. Se pueden sufrir recaídas durante varios años. Si la infección se presenta durante los primeros meses del embarazo, el riesgo de que la mujer aborte aumenta. Así mismo puede contagiar el hijo durante el parto.

CONDILOMA Virus Crecimientos en formas de verrugas, usualmente en los genitales o en el ano Por contacto directo con las verrugas infectadas. Las verrugas son altamente contagiosas. Pueden esparcirse lo suficiente como para obstruir los orificios vaginales, rectales o de la garganta. En la mujer puede predisponer a su organismo al cáncer cervical.

VAGINITIS MONOLIAL HONGOS La mujer es la que con mayor frecuencia lo padece, sufriendo comezón en la vulva y flujo constante con apariencia de levadura, así como sequedad vaginal; en el hombre existe inflamación en el pene. El hongo se puede localizar en la boca, vagina o recto sin causar molestias. Los síntomas activos pueden surgir después de una terapia antibiótica por contacto directo, ya sea con una persona o ropa infectadas.

Usualmente el tratamiento consiste en cremas, ungüentos o supositorios o medicamentos orales en casos resistentes. En mujeres infecciones secundarias por bacterias En bebés infecciones en la boca y garganta.

CLAMIDIA Bacterias Algunas veces no hay síntomas pero al presentarse produce en la mujer enfermedad pélvica inflamatoria, esto es, fiebre, dolor durante el coito, dolor abdominal y ardor al orinar; flujo vaginal y sangrados intermenstruales. En el hombre, dolor abdominal y secreción acuosa del pene; puede llevar a la uretritis. - Por contacto sexual vaginal, anal o bucal. Esterilidad, artritis, inflamación de los testículos. Puede transmitirse al bebé durante el parto lo que puede causarle pulmonía o ceguera.

Tratamiento: Antibióticos

TRICOMONIASIS Parásitos que pueden vivir hasta 7 días fuera del cuerpo humano
Flujo vaginal verduzco acompañado de mal olor, dolor al orinar, inflamación en la vulva y vagina y dolor abdominal. En los hombres, secreción por el pene y malestar. Pueden no presentarse síntomas. - Por contacto sexual y a través de objetos como toallas, sábanas y otros, compartidos con personas infectadas. Del 10% al 25% de las mujeres la padecen. Puede producir inflamación y obstrucción de las trompas de falopio lo que puede llevar a la esterilidad. Si alcanza el aparato urinario se puede expandir la infección ahí.

HEPATITIS B Virus Dolor muscular, fiebre cansancio, pérdida de apetito y dolor de cabeza. Algunas veces se presenta color oscuro en la orina, palidez, los ojos amarillos y malestar en el hígado. - A través de contacto sexual, anal, oral, mediante el uso de agujas infectadas transfusión sanguínea. También puede ser transmitido por personas infectadas que no se laven las manos después de defecar y a través de los alimentos. Altamente contagiosa, puede transmitirse de la madre al hijo durante el parto y puede ocasionar hasta la muerte.

Existe tratamiento y vacuna

PEDICULOSOS O PIOJO PÚBLICO (LADILLA) Parásitos Comezón intensa -
Por contacto sexual como por contacto con capas, ropas, sanitarios y toallas que hayan usado personas infectadas. Infecciones secundarias como el resultado del rascado.

Tratamiento: Preparación insecticida que destruya los piojos y su huevos. Adicionalmente se deberán mantener limpias la ropa de cama y las toallas de baño.

MATERIAL PARA PADRES

El siguiente material lo preparamos con la intención de que lo revise en casa tan frecuentemente como lo considere necesario.

En él, encontrara material que nos parece importante tenga en sus manos.

Recuerda darle una hojeada de vez en cuando y tomar en cuenta que no está demás revisarlo y considerarlo para futuras consultas.

Esperamos que le sea de utilidad.

“No juzgues tu día por cuánta cosecha lograste recoger,

Sino por cuánta semilla lograste sembrar”

Autor anónimo

Recomendaciones a los padres para evitar agresiones físicas y verbales en la familia

- ✓ Escuche a sus hijos, porque siempre será mejor evitar las escenas de violencia. Si escucha a tiempo y dialoga sensatamente, no tendrá la necesidad de gritar, ni golpear, así lo haga sólo por llamar la atención.
- ✓ Invítelo a realizar actividades corporales, ejercicio, juegos físicos para que saque y regule sus energías. Suele ocurrir que la sobrecarga energética que produce el cambio hormonal predisponga a cambios emocionales bruscos que deriven en agresión.
- ✓ Dé a su hijo maneras prácticas de expresar sus sentimientos, deseos y necesidades. Enséñelo a decir lo que quiere y a distinguirlo de lo que necesita.
- ✓ Como adulto, usted debe entender la función positiva de la agresión, sobre todo en la introducción de orden y dese cuenta de con qué frecuencia se utiliza mal la agresión en el hogar.

- ✓ Si en casa existe algún adulto miembro de la familia que es violento verbal o físicamente, ni lo piense: utilice su coraje y su fuerza para ponerle un alto definitivo.
- ✓ No use la violencia para resolver sus dificultades conyugales o familiares. Si su hijo se da cuenta de que los adultos arreglan problemas con violencia, no importará cuántas veces hable usted con él. Recuerde que en los seres humanos influyen más las actitudes y los comportamientos que las palabras.
- ✓ Realice algún ejercicio o práctica psicocorporal (meditación o relajación) que le permita apreciar los estados de paz (simplemente observe la naturaleza y los árboles, sienta el viento, contemple las estrellas, etc.)
- ✓ Tenga en cuenta que en las familias funcionales, las que viven en una vida saludable y con bienestar donde las conductas antisociales no progresan, existen fenómenos que se construyen entre todos los miembros: son flexibles, muestran disponibilidad a reconocer sus errores, las interacciones resultan claras, son cercanos y afectuosos, se tocan físicamente, pero sobretodo emocionalmente, expresan cariño y admiración , los padres comparten el poder, se consideran líderes del grupo y no “dueños” de las vidas de sus hijos, con una aceptación realista se dan cuenta de los estresares que pueden intervenir para generar malestar. En suma, perciben que en un ambiente cordial todo puede ser resuelto. ¡Anímese a que su familia sea así!

Puntos relevantes sobre la conducta antisocial del adolescente que deben recordar los padres

- ✓ La conducta antisocial en el adolescente se caracteriza por ser agresiva y repetida, por cometer robos y decir mentiras, y en general, por quebrantar las normas de la escuela y el hogar.
- ✓ La conducta antisocial de un hijo es apoyada o alentada por alguno de los padres, aunque sea de forma inconsciente.
- ✓ Los límites son como un semáforo que indica cuándo avanzar, cuándo permanecer quietos y cuándo disminuir la velocidad.

- ✓ Los adolescentes, por naturaleza, tienden a transgredir los límites como una forma de cuestionar a la autoridad.
- ✓ Entender el porqué de la transgresión es una actitud que protege a los hijos de desarrollar conductas antisociales.
- ✓ Los castigos como “pagos” a transgresiones de reglas y no como tortura o sanción, son mejores protecciones.
- ✓ Si su hijo muestra una conducta antisocial, reflexione y analice sus propias actitudes, probablemente usted o alguien en el hogar la fomenta de alguna forma.
- ✓ Puntos sobresalientes sobre cómo llevarse bien que deben recordar los padres
- ✓ Llevarse bien con su hijo implica tomar en cuenta que se encuentra en una fase de transición de la infancia a la adolescencia y que los cambios biopsicológicos lo vuelven cambiante e inestable.
- ✓ Para llevarse bien es necesario permitir que su hijo tengan su grupo de amigos con el que, y en el que, aprendan muchas cosas indispensables para su desarrollo.
- ✓ El adolescente requiere que sus padres le hablen claramente sobre temas como: sexo, violencia, drogas.
- ✓ “Llevarse bien” implica saber poner límites y hablar siempre con la verdad.
- ✓ Reforzar la autoestima del adolescente es muy importante para mejorar el clima de convivencia.
- ✓ El sentido del humor, la alegría, la espontaneidad en la convivencia familiar fortalecen las relaciones interpersonales sanas.
- ✓
- ✓ Como adultos, nuestra congruencia ente lo que decimos y lo que hacemos es un elemento de ayuda para la armonía familiar.
- ✓ Es más importante decir a su hijo lo que hace bien que repetirle constantemente lo que hace mal.

- ✓ Ser cariñosos y cercanos físicamente creara un ambiente de armonía en casa, un abrazo y un apapacho puede evitar que se prolongue cualquier mal momento.
- ✓ Ser comprensivos y respetuosos.
- ✓ Fortalecer la autonomía sirve para cortar lazos de dependencia que atan al niño a sus padres, impulsarlos a que realicen cosas nuevas es estimular su crecimiento y por lo tanto, su autonomía.
- ✓ Aprender a responsabilizarse de sus actos y emociones, como llevar a cabo tareas domésticas, es altamente formativo, pero sobre todo deben aprender a afrontar sus emociones y a ser responsables de su expresión, sobre todo cuando se trata de enojo, celos y envidia.