



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN EN LA
ADOLESCENCIA: PRROPUESTA DE INTERVENCIÓN

QUE PRESENTA
JORGE GARCÍA BUSTOS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

DIRECTORA DE TESIS
GABRIELA ROMERO GARCÍA

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX, 2019



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.

Resumen

Una de las etapas más significativas en cuanto a la formación de los seres humanos es la adolescencia, ya que durante este periodo del ciclo vital se definen diferentes rasgos individuales y sociales que permitirán o no, la configuración de estilos de vida saludables que favorezcan el desarrollo psicológico, físico y social. Sin embargo, la adolescencia también representa una de las etapas de mayor vulnerabilidad en el ciclo vital, debido a los cambios psicológicos y fisiológicos, que aunados a la situación contextual a la que se encuentran expuestos (familiar, económica, social), los adolescentes pueden incurrir en conductas que pongan en riesgo su integridad.

Algunas de las conductas de riesgo más practicadas registradas en adolescentes tienen que ver con el consumo o dependencia a sustancias psicoactivas, así como al ejercicio de prácticas sexuales de riesgo. Este tipo de comportamientos puede llegar a tener consecuencias perjudiciales para la salud en diferentes niveles que van desde lo físico (enfermedades o accidentes), lo psicológico (trastornos mentales severos con riesgo de suicidio) o sociales (problemas legales o familiares).

Este trabajo propone un taller psicoeducativo que permita fomentar y fortalecer diferentes rasgos que promuevan factores de protección en estudiantes de secundarias y preparatorias públicas de la ciudad de México. El taller “Fortaleciendo al Adolescente” está diseñado para efectuarse en el contexto escolar debido a que de esta manera se cuenta con un ambiente estructurado que permite una mayor penetración de la información en los

adolescentes, así como un mayor control en cuanto a los factores contextuales y la evaluación del taller. Con la finalidad de generar experiencias significativas en los participantes, se utilizarán estrategias psicoeducativas que promuevan la participación continua de los estudiantes, el intercambio de vivencias personales, la solución de problemas de manera colectiva y actividades lúdicas que refuercen la información generada durante el taller.

Tabla de Contenidos

Introducción - 1

Capítulo 1.- Adolescencia y Factores de Riesgo – 6

1.1.- Factores de Riesgo Individuales - 10

1.2.- Factores Ambientales/Contextuales - 12

Capítulo 2.- Principales Conductas de Riesgo en la Adolescencia - 16

2.1.-Consumo de Sustancias Psicoactivas - 16

2.1.1.- Clasificación de Sustancias y Sus Consecuencias Para la Salud - 19

2.1.2.-Tipos de Consumo - 28

2.2.- Sexualidad de Riesgo - 31

2.2.1.- Embarazo Adolescente - 35

2.2.2.-Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) - 36

2.2.3.- Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos - 41

Capítulo 3.-Estrategias de Intervención - 44

3.1.-Tipos de Prevención - 45

3.1.1.- Programas de Prevención del Consumo de Sustancias - 49

3.1.2.- Programas de Prevención de la Sexualidad de Riesgo - 60

3.2.- Promoción de la Salud - 70

3.3.- Factores de Protección - 72

3.3.1.-Resiliencia - 72

3.3.2.- Habilidades Para la Vida - 76

3.3.3.- Habilidades Socioemocionales - 79

Capítulo 4.- Propuesta de Intervención - 82

4.1.- Justificación - 82

4.2.- Objetivo - 84

4.2.1.- Objetivos Tspeíficos - 84

4.3.- Descripción del Taller - 84

4.3.1.- Población - 85

4.3.2.- Facilitadores - 85

4.3.3.- Escenario - 85

4.3.4.- Evaluación - 85

4.3.5.- Contenido Temático - 87

4.3.6.- Cartas Descriptivas - 88

Conclusiones - 119

Anexos - 124

Referencias - 139

Introducción

La población adolescente es una de las más vulnerables en México debido a los cambios biológicos, psicológicos, conductuales y sociales a los que se enfrentan los jóvenes, además de diversos factores de riesgo a los que están expuestos, es decir, las características detectables en un individuo, familia o grupo que señalan una mayor probabilidad de sufrir un daño.

Algunos de estos factores tienen que ver con la salud mental de los adolescentes; estudios realizados en México muestran que la depresión y el suicidio en la adolescencia son un problema de salud mental que ha ido en incremento (INEGI, 2013). Por otra parte existen factores contextuales que inciden en el bienestar de los adolescentes. Se estima que 1 de cada 10 familias no tiene recursos suficientes para cubrir las necesidades básicas de sus hijos, ya que la pobreza es una condición que va en aumento en los hogares mexicanos (INEGI, 2008). Esto suele propiciar ambientes de abandono o violencia en casa, además de la aparición de conductas de riesgo como delincuencia, consumo de sustancias psicoactivas o prácticas sexuales sin protección por lo que se considera importante establecer la relación entre pobreza y desarrollo psicológico y/o psicopatología en niños y adolescentes.

Tanto los factores de riesgo individuales, como los contextuales, están relacionados con una diversa gama de conductas de riesgo en la población adolescente mexicana, destacando el alto índice en el consumo y adicción de sustancias psicoactivas

cada vez a edades más tempranas, así como el de prácticas sexuales de riesgo elevando el número de embarazos no planeados y las infecciones de transmisión sexual.

En México se observa una disminución alarmante en cuanto a la edad de inicio en el consumo de las diferentes sustancias (CONADIC, 2018); esto representa un importante problema en materia de salud, ya que el consumo de sustancias en edades tempranas lleva a los niños a tener una conducta inadecuada y tiene como resultado una adicción veloz, sobreestimulada por el consumo, así como un deterioro biológico, neuroquímico y orgánico. Los jóvenes consumidores, se adentran también en un sistema de tolerancia, que es la necesidad de mayor consumo a ritmo indiscriminado para lograr el mismo efecto, y pueden llegar a desarrollar un síndrome de abstinencia, con características como ansiedad, depresión, temblores e irritabilidad. También puede repercutir en una reducción de actividades sociales, escolares y recreativas, e incluso detonar conductas sociopáticas, como robos o violencia, para adquirir las sustancias (Pérez Corona, 2018).

En temas de sexualidad de riesgo en diversos estudios se ha demostrado que la edad de la iniciación sexual de los mexicanos ha disminuido en las últimas décadas y que han aumentado a su vez la frecuencia sexual de las parejas no unidas (CONAPO, 1996 y 2000a).

El embarazo adolescente es uno de los principales factores de riesgo para esta población en México, ya que el 77 de cada 1000 nacimientos corresponde a las mujeres de 15 a 19 años (INEGI, 2014), además de que existen evidencias de que el embarazo en edades tempranas puede representar un riesgo bio-psico-social para la madre y el recién

nacido, así como una mayor mortalidad materno-infantil (Atkin, 1998). A esto, hay que añadir que uno de los principales problemas en materia de salud en nuestro país, tiene que ver con las infecciones de transmisión sexual.

Ante la evidencia de los diversos factores de riesgo que componen el entorno de los adolescentes en México y Latinoamérica, se propone una intervención psicológica que genere un impacto a nivel social e individual, en donde se considere la influencia de la comunidad en la cultura del autocuidado, así como el rol que juega el individuo y su impacto en la configuración del tejido social. Un programa de prevención de las conductas de riesgo se define como un conjunto de intervenciones jerarquizadas y coherentes entre sí, cuyo objetivo en primer término es evitar la aparición de problemas relacionados con dichas conductas o, si esto no es posible, conseguir retrasar al máximo estos escenarios de riesgo (García & López-Sánchez, 2012).

La propuesta de intervención hecha en éste trabajo se clasifica como primaria y universal, ya que pretende evitar el comienzo de la patología o su difusión, está dirigida a los adolescentes en general, incluyendo a los grupos de alto riesgo, persigue la promoción de la salud en general mediante acciones escolares, familiares y comunitarias. Para ello, la propuesta consiste en un taller psicoeducativo que aumente la calidad y cantidad de información con la finalidad de utilizar estos conocimientos como un factor de protección y que fomente el desarrollo de capacidades y habilidades básicas en la población que disminuyan la vulnerabilidad individual frente a los factores de riesgo.

Asimismo, la intervención apunta no sólo a la prevención de conductas de riesgo, sino a una promoción de la salud en los adolescentes a quienes va dirigida; entendemos por una buena salud: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1984), es decir, se pretende fomentar también el desarrollo del potencial de los individuos, promover herramientas para satisfacer sus necesidades y desarrollar las capacidades que les permita interactuar exitosamente con su ambiente biológico, físico y social.

El objetivo fundamental de estas habilidades o competencias, es acompañar y reforzar el proceso de maduración, desarrollando los propios recursos personales y relacionales del adolescente, aportándoles los necesarios para la consecución de su proyecto de realización personal. Se pretenderá incidir favorablemente en diferentes áreas del desarrollo del adolescente: desarrollo personal, cognitiva, moral, emocional y familiar (Balda y Miranda, 2012).

El presente trabajo, está constituido por una investigación documental en donde se exponen las características de la adolescencia en México en cuanto a los principales factores de riesgo, se muestran las estadísticas de los problemas más comunes en cuanto a la salud de los jóvenes, así como a los contextos socioambientales en los que se encuentran inmersos. Se realizó una investigación específicamente enfocada en el consumo de sustancias y la sexualidad de riesgo en adolescentes debido a la visibilidad evidente de sus consecuencias, así como la posibilidad de ejecutar acciones preventivas, sin embargo, también se tocan temas como la pobreza, exclusión o violencia.

Posteriormente, se hace una revisión de los programas de prevención de conductas de riesgo, intervenciones psicológicas y la promoción de la salud con la finalidad de conocer los trabajos realizados en el área, pero también para poder realizar el diseño de una propuesta de intervención integral en donde se tomen diferentes enfoques para acercarse efectivamente al objetivo de mejorar las condiciones de vida de los adolescentes.

La finalidad de este documento es presentar la propuesta del taller “Fortaleciendo al Adolescente”; una intervención psicológica y educativa que fortalezca diferentes cualidades psicológicas y sociales con el objetivo de que el adolescente pueda prevenir la incursión en conductas de riesgo, pero que también le permitan un desarrollo psicológico, físico y social más saludable en esta etapa del ciclo vital y las posteriores, así como generar hábitos relacionados con el cuidado de la salud.

Capítulo 1

Adolescencia y Factores de Riesgo

La adolescencia es una de las etapas de mayor vulnerabilidad del ciclo vital del ser humano que implica una serie de cambios biológicos, psicológicos, conductuales y sociales que se dan de manera simultánea y vertiginosa que pueden generar tensión en algunos jóvenes. Durante esta etapa se desarrollan competencias y habilidades para la vida, por lo que el adolescente aún no cuenta con todos los recursos para enfrentar las presiones externas e internas de su entorno, lo que aumenta la posibilidad de que presente problemas en su desarrollo (Patterson & Mccubbin, 1987); así como de presentar estilos de vida y conductas de riesgo, algunas propias de la etapa y muchas de ellas asociadas a problemas de salud física y emocional con repercusiones en momentos posteriores del ciclo vital (Celis de la Rosa, 2004).

Un factor de riesgo puede definirse como un atributo o característica individual, condición situacional o contexto ambiental que aumenta la probabilidad de uso o abuso de drogas (Clayton, 1992), hábitos alimentarios inadecuados (Benet *et al.* 2012), sedentarismo o falta de actividad física (Russell, 2004), conductas sexuales de riesgo asociadas a embarazos prematuros (Menkes & Suárez, 2003) y enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA (Meave & Lucio, 2008). Estas prácticas poco saludables de los adolescentes pueden incrementar la probabilidad de trastornos de tipo psicofisiológico y de muerte a corto, mediano y largo plazo (Barcelata, 2015).

El estudio de la personalidad en adolescentes ha permitido la identificación de diversas características individuales que hacen proclives a los jóvenes de presentar problemas de salud y ajuste psicosocial; además de tomar en cuenta que diversos trastornos que prevalecen en la población adulta mexicana inician en la franja de edad correspondiente al periodo adolescente (Medina-Mora, Borges *et al.*, 2003).

Se ha enfatizado en el estudio de factores de riesgo y protección que afecten la calidad de vida de los adolescentes, que en muchos casos generan incapacidad para desarrollarse de manera productiva en el contexto social en el que se encuentran inmersos (Barcelata & Márquez, 2015). Los factores de riesgo son las características detectables en un individuo, familia o grupo que señalan una mayor probabilidad de sufrir un daño; por el contrario, los factores de protección favorecen el desarrollo humano y permiten a un individuo, familia o grupo mantener la salud o recuperarla. (Donas, 2001).

Dentro de las conductas de riesgo destaca el consumo de sustancias adictivas, debido a la alta prevalencia de consumo de drogas tanto legales como ilegales, En donde los hombres son quienes presentan mayor riesgo, sin embargo en el caso de las drogas legales ha aumentado el consumo en las mujeres sobre todo respecto a la ingesta de alcohol (Villatoro *et al.*, 2012).

También la conducta suicida es considerada un problema de salud, ya que el intento de suicidio y el suicidio consumado se ha incrementado durante los últimos años, este último se ha convertido en una de las principales causas de mortalidad en adolescentes entre 14 y 19 años, rango que representa el 10.64% del total de muertes por

suicidio. En el grupo de 15 a 24 años es la tercera causa de muerte (Palacios, Sanchez & Andrade, 2010).

Por último, la conducta sexual desprotegida ha fomentado el desarrollo de diversas estrategias de prevención con la idea de reducir el impacto de las consecuencias como el gran número de personas que padecen enfermedades de transmisión sexual como el SIDA y el embarazo adolescente (Meave & Lucio, 2008).

Para entender mejor que son los factores de riesgo debemos definir una serie de aspectos nucleares a contemplarse:

- Los factores de riesgo (características individuales o condiciones ambientales) pueden estar presentes o no en un caso concreto. Cuando un factor de riesgo está presente es más probable que la persona incurra en una conducta de riesgo que cuando no lo está, pero no deja de ser eso, una probabilidad.
- La presencia de un solo factor de riesgo no es garantía para que se vaya a dar la conducta de riesgo, y por el contrario, la ausencia del mismo, no garantiza que la conducta no se produzca. Lo mismo ocurre con los factores de protección, ambos aumentan o disminuyen la probabilidad, no garantizan la aparición o ausencia de la conducta de riesgo.
- El número de factores de riesgo presentes está directamente relacionado con la probabilidad de la conducta de riesgo, pero puede verse influido y modificado por la naturaleza, contenido y número de los mismos.

- La mayoría de los factores de riesgo y protección tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en la aparición de conductas de riesgo.
- Las intervenciones directas son posibles en el caso de alguno de los factores de riesgo detectados y pueden tener como resultado la eliminación o reducción de los mismos, disminuyendo la probabilidad de que aparezca la conducta de riesgo. (Clayton, 1992).

La adolescencia es en parte resultado de las experiencias vividas en la infancia dentro de la familia, la escuela y la comunidad como entornos próximos, y a su vez, se toma en cuenta a esta etapa desde un punto de vista biopsicosocial, en el hecho de que se puede madurar en los aspectos físico, mental y emocional (Dulanto, 2000). Quiroz, Villatoro y cols. en 2007 explican la relación del ambiente familiar y el maltrato con el desarrollo de conductas antisociales por parte de los adolescentes; los patrones de crianza se repiten y tienden hacia la hostilidad, falta de comunicación, rechazo e inestabilidad emocional (factores ambientales o contextuales). Por otro lado, en 2009, Benjet, Borges, y cols consideraron la prevalencia de la adversidad en adolescentes, que se traduce en abandono y abuso, pérdida o psicopatología de los padres, adversidad económica y enfermedad física grave, y como estos se enlazan con elementos sociodemográficos. Es aquí donde los adolescentes, al no tener un apoyo del tipo emocional ni económico por parte de su familia, pudieran padecer ciertos trastornos o ser abusados en su contexto

social, pues no cuentan con herramientas suficientes en cuanto a defensa y protección se refiere (Luna, 2015).

1.1.- Factores de Riesgo Individuales

Respecto a los factores internos, variables como la baja autoestima, sentimiento de baja autoeficacia, la búsqueda de sensaciones, impulsividad, comportamiento oposicionista, malestar o sintomatología depresiva y dificultades en la socialización son características individuales que se encuentran presentes en las y los jóvenes que asumen las conductas de riesgo mencionadas (Calvete & Estévez, 2009).

Los factores de riesgo internos son aquellos rasgos individuales que pueden llegar incidir en conductas o situaciones que atenten contra el bienestar y la salud del adolescente. Acorde con la Federación Mundial de Salud Mental, el 20% de los niños y adolescentes padecen una enfermedad mental incapacitante y cerca del 3.8% requiere de un tratamiento a largo plazo (FMSM, 2003). Asimismo, resalta que algunas de las variables sociodemográficas asociadas a trastornos psiquiátricos en adolescentes fueron el sexo, el abandono de la escuela, embarazo y nacimiento de un bebé, casarse o trabajar. Estudios de la OPS (Maddaleno, Morello & Infante-Espínola, 2003) ubican a México como uno de los países en que alrededor del 15% de su población adolescente presenta algún problema de salud física o emocional (Barcelata & Márquez, 2015).

La investigación epidemiológica en México, reporta altos niveles de trastornos mentales en la población adolescente; 1 de cada 11 presenta algún trastorno mental serio, 1 de cada 5 de gravedad moderada y 1 de 10 leve; la mayoría no recibe tratamiento.

(Benjet, Borges, Medina-Mora & Aguilar-Gaxiola, 2008). En su mayoría son trastornos de ansiedad, seguidos de trastornos de ánimo, control de impulsos y por último, consumo de sustancias.

Estudios realizados en México muestran que la depresión y el suicidio en la adolescencia son un problema de salud mental que ha ido en incremento, pues la tasa aumento de 4 muertes por cada 100 000 a 7.7 muertes por cada 100 000 adolescentes de 1990 a 2011 (NEGI, 2013). En 2008 se reporta una prevalencia del 11.5% en la ideación suicida; del 3.9% para el plan y 3.1% del intento suicida para adolescentes de la Ciudad de México y zona metropolitana y a pesar de que se reporta una tasa de 5.4/100 000 adolescentes, es una de las más altas entre 28 países (Benjet, Borges, Medina-Mora, Orozco & Nock, 2008).

En relación a la sintomatología depresiva, un estudio señala que 65% de los adolescentes mexicanos reportaron el no poder dejar de sentirse tristes y solos, y casi el 50% manifestó sentir miedo y rechazo (SEP, 2008). Este mismo estudio también reveló que un alto porcentaje de estudiantes entre 15 y 19 años ha cometido acciones como el insultar, ignorar, rechazar y golpear a un compañero.

Otra problemática que se ha relacionado con la salud mental en la adolescencia, son las adicciones. En México se muestra un aumento en la prevalencia de 31% en los últimos años; cerca del 10% de los adolescentes entre 10 y 19 años consumen alcohol y fuman (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2004). El 52% de los fumadores, inician el consumo de marihuana entre los 15 y 19 años de edad, esa tendencia se ha mantenido

de 1987 a 2005, y los adolescentes son el mayor grupo de usuarios de cocaína con respecto a la población general (Soriano, Ortiz *et al.* 2006).

1.2.- Factores Ambientales/Contextuales

Los factores ambientales se refieren a la influencia del entorno social sobre el bienestar de los adolescentes, así como en la conformación de su identidad. El 40% de los jóvenes no viven en una familia integrada, 64% de sus hogares son nucleares, 22% son monoparentales y 24% son familias extensas (INEGI, 2010). La transición en la configuración familiar obedece sobre todo a los procesos migratorios consecuencia de las recurrentes crisis económicas del país y altas tasas de desempleo, que influye en la acomodación de los hogares, de los cuáles un creciente número es dirigido por las madres o por un solo padre, dicha situación cambia la dinámica familiar y afecta el desarrollo de los adolescentes (Aguilera *et al.* 2004; Sobrino, 2010).

El contexto psicosocial es otra variable que afecta el desarrollo del adolescente. Se estima que 1 de cada 10 familias no tiene recursos suficientes para cubrir las necesidades básicas de sus hijos, ya que la pobreza es una condición que va en aumento en los hogares mexicanos. La encuesta nacional de ingresos y hogares indica que el 56.6% de los adolescentes entre 13 y 15 años presentan pobreza de patrimonio; 30.6%, de capacidades y 56.6% de alimentación (INEGI, 2010). La adversidad económica es la de mayor frecuencia, seguida de ser testigo de violencia doméstica, cada vez son más los adolescentes que viven en hogares con presiones económicas. Existe evidencia de que los

adolescentes de bajos niveles socioeconómicos están más expuestos a sucesos de vida adversos (Barcelata & Lucio, 2012).

Algunas variables sociodemográficas como la escolaridad, género y la edad, entre otras influyen en los comportamientos de los adolescentes (Pérez *et al.* 2010). Se calcula que solo 4 de cada 10 jóvenes asisten a la escuela, lo que representa 56% de la población adolescente. Los bajos índices de asistencia escolar todavía son un problema, el cual parece asociarse a la crisis económica que hace que los adolescentes tengan que integrarse al mercado de trabajo de forma prematura y bajo condiciones poco favorables. Se reporta que 11.6% de los que tienen entre 12 y 14 años no acuden al colegio; de 15 a 19 años, 41.3%; y que 80% de los que tienen alrededor de los 19 años han abandonado la escuela por motivos económicos y falta de acceso en su localidad (Tuirán, 2012). Estadísticas sobre adolescentes mexicanos indican que 2.2 millones de adolescentes entre 15 y 17 años no se encuentran escolarizados, y que 18.9% de los adolescentes ente 15 y 19 años no se encuentran involucrados en actividades educativas ni laborales (UNICEF, 2011).

El INEGI (2010) informa que los adolescentes son un grupo activo económicamente, en especial de los 15 a 19 años, con el 35%, mientras jóvenes de 12 a 14 años, representan el 8 % de adolescentes que trabajan. Se muestra también, que a menor escolaridad, mayor probabilidad de desempleo o subempleo y más dificultades de inserción en el mercado laboral bajo condiciones justas. Estos datos son relevantes, si se

toma en cuenta que el asistir a la escuela se considera un factor de protección, mientras que el no hacerlo, se considera un factor de riesgo. (Barcelata & Márquez, 2015).

Las discrepancias sociodemográficas y económicas a las que están expuestos los jóvenes mexicanos parece contribuir no solo al incremento de estrés en diversas dimensiones, sino al surgimiento de otro tipo de problemáticas como la violencia y la delincuencia. Juárez, Villatoro y colaboradores (2005) informan un incremento de la conducta antisocial los adolescentes de educación media y media-superior involucrados en diversos ilícitos como robos y violencia; la Ciudad de México representó el 7.36% en 2003 (Barcelata & Márquez, 2015).

Información al 2013 señala que en México casi la mitad (45.5%) de la población vive en condiciones de pobreza y los menores de 18 años y las personas con discapacidad (incluidas las mentales) presentan niveles de pobreza superiores a la media (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. CONEVAL, 2013), por lo que se considera importante establecer la relación entre pobreza y desarrollo psicológico y/o psicopatología en niños y adolescentes. De acuerdo a la SEDESOL (2002), la pobreza constituye una realidad que vulnera la vida humana, así como los medios y recursos necesarios para modificar dichas circunstancias.

Tanto los factores de riesgo individuales, como los contextuales, están relacionados con una diversa gama de conductas de riesgo en la población adolescente mexicana, destacando el alto índice en el consumo y adicción de sustancias psicoactivas

cada vez a edades más tempranas, así como el de prácticas sexuales de riesgo elevando el número de embarazos no planeados y las infecciones de transmisión sexual.

Capítulo 2

Principales Conductas de Riesgo en la Adolescencia.

2.1.-Consumo de Sustancias Psicoactivas

La experimentación con las drogas se ha convertido en un hecho habitual en los adolescentes de las sociedades desarrolladas (Blackman, 1996). Los menores han interiorizado que el estado de ánimo o la activación vital pueden modularse mediante sustancias de todo tipo. Este modelo es trasladado a los espacios de ocio de los adolescentes y con esta transferencia se incorporan sustancias para sacar mayor rendimiento a la fiesta, al fin de semana y a la noche (Arbex, 2002).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) droga es “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones”. En 1982, la OMS intentó delimitar cuáles eran las sustancias que producían dependencia y declaró como droga “aquella con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia, y el comportamiento) susceptible de ser auto-administrada”. Actualmente, y desde la perspectiva médica y científica, se utiliza el vocablo droga para referirnos a un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones:

1. Que, introducidas en un organismo vivo, son capaces de alterar una o varias de las funciones psíquicas de éste.
2. Inducen a las personas que las toman a repetir su auto-administración, por el placer que generan.

3. No tienen ninguna indicación médica y, si la tienen, pueden utilizarse con fines no terapéuticos.

Una de las preocupaciones de la salud pública en México es el aumento en el consumo de sustancias psicoactivas en los niños durante los últimos años, aunado a que, a nivel mundial la venta de sustancias ilegales se ha incrementado (CONADIC, 2018). En México se observa una disminución alarmante en cuanto a la edad de inicio en el consumo de las diferentes sustancias, oscilando entre los 12 y 17 años: 12 años para el alcohol, 13 años para inhalables, 13.1 para el tabaco, 14.2 para la cocaína, 14.3 para la marihuana y 14.5 para las metanfetaminas.

El riesgo de estimulación temprana cerebral en los niños por el consumo de sustancias psicoactivas es que altera la parte anterior de los lóbulos frontales, justo en la corteza o córtex prefrontal en donde se da la toma de decisiones, lo que lleva a los niños a tener una conducta inadecuada a temprana edad y tiene como resultado una adicción veloz, sobreestimulada por el consumo, así como un deterioro biológico, neuroquímico y orgánico. Se adentran también en un sistema de tolerancia, que es la necesidad de mayor consumo a ritmo indiscriminado para lograr el mismo efecto, y pueden llegar a desarrollar el síndrome de abstinencia que se presenta en la ausencia del consumo, con características como ansiedad, depresión, temblores e irritabilidad. También puede repercutir en una reducción de actividades sociales, escolares y recreativas, e incluso detonar conductas sociopáticas, como robos o violencia, para adquirir las sustancias (Pérez Corona, 2018).

Las drogas son capaces de generar cambios en los sistemas de percepción del individuo, que modulan el comportamiento normal del cerebro y que, entre otras cosas, son capaces de proporcionar grandes intensidades en los estados de bienestar, experiencias únicas, entendiendo esto como vivencias que, aunque sean artificiales, no se pueden experimentar de ninguna otra manera, por lo que en muchas ocasiones y, en los adolescentes que no han aprendido pautas básicas de afrontamiento, la respuesta lógica ante todo lo que le rodea puede ser la anestesia o el descontrol, que son básicamente dos de los efectos que brinda el consumo de sustancias (Balda y Miranda, 2012).

Los daños causados por las drogas pueden ser el resultado de consumirlas durante un período breve —normalmente relacionado con intoxicación, incluidas las sobredosis— así como del uso durante un período prolongado, que puede conducir a la dependencia o a problemas sociales y de salud a largo plazo. La forma en que los usuarios se administran o consumen una droga también puede tener consecuencias para la salud. En particular, los usuarios que se inyectan drogas y comparten agujas e instrumental con otros usuarios aumentan el riesgo de transmitir o contraer la infección por el VIH y las hepatitis B y C y de sufrir infecciones en el sitio de inyección. La reutilización de agujas y jeringas sin limpiar también puede conducir a daños e infecciones en las venas (OPS, 2009).

2.1.1.- Clasificación de Sustancias y sus Consecuencias Para la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasificó las drogas que pueden generar dependencia agrupando las que tienen efectos análogos e inducen pautas de comportamiento similares en los usuarios. Siguiendo este criterio, se propusieron las siguientes categorías:

- Alcohol y barbitúricos.
- Anfetaminas.
- Cannabis (marihuana, hachís).
- Cocaína.
- Alucinógenos (LSD y similares).
- Opiáceos.
- Disolventes volátiles (pegamentos, productos industriales).
- Tabaco.

Alcohol

El alcohol es la sustancia más consumida por los jóvenes en nuestro país. El abuso en el consumo de esta droga se asocia con una serie de consecuencias negativas tanto a corto como a largo plazo.

Tabla 1

| Alteraciones Físicas, Psicológicas, Sociales y Legales del Individuo por Consumo de Alcohol | |
|--|---|
| Consecuencias físicas | |
| Corto Plazo | Largo Plazo |
| <ul style="list-style-type: none"> - Cruda (náusea, vómitos, mareos, etc.) - Pérdida del equilibrio - Descoordinación motora - Disminución de la visión y la audición - Irritación de estómago e intestino - Dificultad en el habla - • Intoxicación aguda (muerte) | <ul style="list-style-type: none"> - Gastritis crónica, úlceras - Disfunción sexual - Parálisis respiratoria - Desnutrición - Daño hepático, hepatitis - Daño en corazón y aparato circulatorio - Muerte |
| Consecuencias psicológicas | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Cambios repentinos del estado de ánimo - Tristeza - Irritabilidad | <ul style="list-style-type: none"> - Delirio - Psicosis - Ansiedad - Depresión - Sentimientos de culpa - Vergüenza |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> – Miedo |
| Consecuencias sociales | |
| <ul style="list-style-type: none"> – Conductas agresivas al estar bajo los efectos del alcohol – Peleas o riñas – Accidentes automovilísticos | <ul style="list-style-type: none"> – Violencias verbal – Violencia física |
| Consecuencias Legales | |
| <ul style="list-style-type: none"> – Detenciones – Arrestos | <ul style="list-style-type: none"> – Demandas – Encarcelamiento por diversos delitos: robo |
| <p>Fuente:</p> <p><i>Recuperado de OPS (2009).</i></p> | |

Tabaco

Algunas de las consecuencias negativas asociadas al consumo de tabaco a corto y largo plazo son:

Tabla 2

| Alteraciones Físicas, Psicológicas, Sociales y Legales del Individuo por Consumo de Tabaco | |
|--|--|
| Consecuencias físicas | |
| Corto Plazo | Largo Plazo |
| <ul style="list-style-type: none"> – Mal aliento – Manchas en dientes y dedos – Olor a tabaco en cabello y ropa – Frecuentes gripas y problemas de garganta – Dificultad para respirar – Disminución de los sentidos del olfato y el gusto – Agrava el acné, favorece las arrugas precoces – Impotencia sexual, dolores menstruales más intensos | <ul style="list-style-type: none"> – Dependencia a la nicotina – Distintos tipos de cáncer – Daño a corazón, daño al aparato circulatorio – Daño cerebral – Enfermedades respiratorias – Problemas del aparato digestivo – Disminución de la audición, – Pérdida total o parcial del olfato, – Vértigos, problemas en la voz – Esterilidad |
| Consecuencias psicológicas | |
| <ul style="list-style-type: none"> – Cambios repentinos del estado de ánimo | <ul style="list-style-type: none"> – Ansiedad – Depresión |

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Tristeza - Irritabilidad | <ul style="list-style-type: none"> - Irritabilidad |
| Consecuencias sociales | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Discusiones con familiares y/o amigos - Accidentes por quemaduras e incendios provocados por colillas sin apagar | <ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento - Discusiones familiares - Discusiones de pareja - Exponer a familiares o amigos al humo del tabaco con todas las consecuencias que implica |
| Consecuencias Legales | |
| <ul style="list-style-type: none"> - sanciones por fumar en espacio cerrados | <ul style="list-style-type: none"> - Sanciones - Demandas |
| <p>Fuente:</p> <p><i>Recuperado de OPS (2009).</i></p> | |

Cannabis

En todo el mundo, el cannabis, comúnmente llamado marihuana, es la droga ilegal más ampliamente usada. Clasificada como un alucinógeno, el cannabis se asocia con una serie de riesgos para la salud. Si bien son posibles las sobredosis y la toxicidad, el cannabis entraña un riesgo muy bajo de causar la muerte. Sin embargo, las probabilidades pueden aumentar cuando se combina con otras drogas.

La intoxicación aguda con cannabis se asocia con un mayor riesgo de:

- Ansiedad
- Deterioro de la atención y la memoria
- Disforia
- Mayor riesgo de sufrir accidentes y traumatismos
- Náuseas
- Pánico
- Paranoia

El hábito de fumar cannabis de forma regular crea muchos de los mismos riesgos de cáncer que genera el tabaco. Esos riesgos incluyen el cáncer de pulmón y vías respiratorias superiores y el cáncer del aparato digestivo.

El consumo habitual aumenta el riesgo y la gravedad de los siguientes trastornos:

- Asma
- Bronquitis

- Cáncer del aparato digestivo
- Cáncer de pulmón y de las vías respiratorias superiores
- Cardiopatías
- Depresión
- Deterioro Cognitivo
- Hipertensión

Cocaína

El uso de la cocaína, un estimulante, se asocia con una amplia gama de problemas físicos y mentales y con conductas de riesgo, como tener relaciones sexuales no seguras, que a su vez aumentan las probabilidades de que los usuarios y sus parejas contraigan enfermedades de transmisión sexual y virus transmitidos por la sangre. El uso repetido de dosis elevadas de cocaína puede llevar a la psicosis. Existe también un riesgo considerable de complicaciones tóxicas, sobredosis y muerte súbita, comúnmente provocada por insuficiencia cardíaca. La combinación con el alcohol aumenta considerablemente la toxicidad cardiovascular y hepática.

Tabla 3

| Alteraciones Físicas y Psicológicas del Individuo por Consumo de Cocaína | |
|---|--|
| Físicos | Psicológicas |
| <ul style="list-style-type: none"> - Agotamiento - Cefaleas | <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad - Comportamiento violento o agresivo |

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la inmunidad a las infecciones - Entumecimiento y/u hormigueo - Pérdida de peso | <ul style="list-style-type: none"> - Depresión - Deterioro de la memoria - Dificultad para conciliar el sueño |
| <p>Fuente:</p> <p><i>Recuperado de OPS (2009)</i></p> | |

Inhalantes o solventes volátiles.

Los inhalantes, o solventes volátiles, se clasifican como depresores. Se los encuentra en muchos productos de uso doméstico o empleados en el lugar de trabajo: encendedores, botes de recarga, aerosoles, pegamentos basados en solventes, diluyentes químicos, líquidos correctores y líquidos para limpieza en seco. Los inhalantes se asocian con una serie de efectos graves, tanto a corto como a largo plazo. La inhalación de grandes cantidades puede causar confusión y desorientación, articulación confusa de las palabras, debilidad, temblores y alucinaciones visuales. En última instancia, el uso de inhalantes puede provocar el coma o la muerte debido a un ataque cardíaco.

Tabla 4

| Alteración del Estado de Salud del Individuo por Consumo de Inhalantes/ Solventes Volátiles Según el Tiempo de Uso | |
|---|--|
| Uso a corto plazo | Uso prolongado |
| <ul style="list-style-type: none"> – Ansiedad – Cefaleas – Coma – Comportamiento impredecible y a veces peligroso – Crisis convulsivas – Delirio – Desorientación y somnolencia – Deterioro de la coordinación y respuesta – Diarrea | <ul style="list-style-type: none"> – Cansancio extremo – Cefaleas crónicas, problemas en los senos paranasales, hemorragias nasales, tos persistente y ojos enrojecidos y llorosos – Comportamiento agresivo – Daño orgánico (cardíaco, pulmonar, hepático y renal) – Depresión – Indigestión y úlcera gástrica – Pérdida de la memoria y confusión |
| <p>Fuente:</p> <p><i>Recuperado de OPS (2009)</i></p> | |

Alucinógenos

Los efectos de los alucinógenos son imprevisibles y pueden variar de un usuario a otro o en diferentes ocasiones. Los alucinógenos pueden provocar imágenes retrospectivas, la recurrencia espontánea de los efectos del uso de alucinógenos en el pasado. El uso por un período prolongado puede aumentar los efectos de problemas mentales como la esquizofrenia.

El uso de alucinógenos puede causar:

- Aceleración de la frecuencia cardíaca e hipertensión
- Alteraciones de los sentidos: auditivas, visuales, olfativas y táctiles
- Alucinaciones
- Crisis convulsivas
- Debilidad muscular
- Dificultad para conciliar el sueño
- Entumecimiento
- Fluctuaciones del estado de ánimo, como ansiedad, pánico, euforia y paranoia
- Náuseas y vómitos
- Temblores y contracciones espasmódicas

2.1.2.-Tipos de Consumo

Las definiciones de uso y abuso están en función de la cantidad, frecuencia y consecuencias del consumo, y se miden a través de indicadores tales como la ingestión

por persona, los patrones de consumo y los problemas asociados (enfermedades, accidentes, conductas antisociales, etcétera).

El uso de sustancias psicoactivas es el tipo de consumo más habitual, es cuando se usa una droga de forma esporádica. El abuso se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo. La dependencia surge con el uso excesivo de una sustancia, que genera consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio periodo de tiempo. El proceso es complejo, lento y predecible; se identifica una fase previa o de predisposición, una fase de conocimiento, una fase de experimentación e inicio al consumo de sustancias, la fase de consolidación, pasando del uso al abuso y a la dependencia, la fase de abandono o mantenimiento y la fase de recaída (Becoña, 2002).

La adicción es la dependencia fisiológica y/o psicológica a alguna sustancia psicoactiva legal o ilegal, provocada por el abuso en el consumo, que causa una búsqueda ansiosa de la misma. También conocida como drogodependencia, fue definida por primera vez por la OMS en 1964, como un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética, cuyas características son:

- Deseo dominante de continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio.
- Tendencia a incrementar la dosis.
- Dependencia física y generalmente psicológica, con síndrome de abstinencia si se retira la droga.

- Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad.

La OMS (1982) definió a la dependencia como un síndrome que implica un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes.

La percepción de riesgo es una variable de gran relevancia para explicar el consumo o no de una sustancia psicoactiva en adolescentes, las personas toman decisiones en función de las consecuencias positivas que van a obtener y evitan las consecuencias negativas, es por eso que la concepción que se tiene sobre las distintas drogas depende tanto del uso, como de las creencias y de la propia construcción social sobre la sustancia, lo cual influye en su consumo (Becoña, 2007), sin embargo, muchos adolescentes se sienten únicos y solos, esto provoca una distorsión de la realidad provocando la creencia de que dicho adolescente, no sufrirá las consecuencias de ingerir ciertas sustancias como el tabaco, alcohol o marihuana entre otras.

Se observa que las características socioeconómicas y culturales, así como la disponibilidad de las drogas, se asocian al perfil del consumo en el cual los inhalantes, junto con el consumo de otras drogas y alcohol, son los de mayor uso entre adolescentes, en particular en zonas marginadas y suburbanas (Villatoro et al 2004). Algunos estudios señalan que los adolescentes que no estudian parecen estar más expuestos al consumo de tabaco y alcohol, a diferencia de los que si estudian que tienen menor probabilidad de incurrir en alguna conducta de riesgo como el consumo de drogas (Soto & Nuño, 2009).

No obstante, un factor de riesgo que todavía es importante para los adolescentes, es a disponibilidad de las mismas (Wagner, González-Forteza et al., 2003). También la edad es un factor asociado al mayor consumo; adolescentes tienen mayor oportunidad, en especial aquellos que han abandonado la escuela y trabajan (Benjet, Borges et al., 2007).

El Informe Mundial de la Salud 2010 (OMS) estableció que el 8,9% de la carga total de morbilidad se atribuye al uso de sustancias psicoactivas, asociadas en un 4,0% al tabaco, 4,1% al alcohol y 0,8% a las drogas ilícitas. Gran parte de la carga de morbilidad atribuida a la morbilidad por el uso y dependencia de sustancias psicoactivas se relaciona con un amplio conjunto de problemas de salud y de exclusión social, incluyendo el VIH/SIDA.

2.2.- Sexualidad de Riesgo

Las conductas sexuales de alto riesgo en los adolescentes incluyen relaciones sexuales antes de los 18 años, sexo sin protección, múltiples parejas sexuales, intercambio de relaciones sexuales por drogas o dinero, relaciones sexuales con personas que tienen alguna enfermedad de transmisión sexual y relaciones sexuales en un contexto de intoxicación por drogas. Esto pone a los adolescentes en una situación de alto riesgo de contraer alguna ITS o de un embarazo no deseado (Breakwell, Millward & Fife-Schaw, 1994). La población adolescente en mayor riesgo son los jóvenes en situación de calle, los que se reconocen como homosexual, los jóvenes en prisión, los que padecen

algún trastorno psicológico y los que se encuentran en áreas con un alto índice de distribución y abuso de drogas (Rotheram-Borus, Gwads, et al. 2001).

En diversos estudios se ha demostrado que la edad de la iniciación sexual de los mexicanos ha disminuido en las últimas décadas y que han aumentado a su vez la frecuencia sexual de las parejas no unidas (CONAPO, 1996 y 2000a). En el año 2000 la edad media de las adolescentes sexualmente activas es de 16.1 años. Se ha encontrado también que en la sexualidad temprana convergen dos fenómenos: por un lado, la unión temprana de las parejas que provienen del área rural y que siguen uniéndose muy jóvenes (Fleiz et al. 1999), y por otro, la iniciación sexual a edades más jóvenes de las mujeres de la urbe con mayor libertad sexual. Hay que anotar que las mujeres con menores niveles de escolaridad muestran una iniciación sexual promedio de 15 años, mientras que las de secundaria en adelante se inician en promedio un año y medio después. Los hombres de 15 a 19 años de edad también presentan una sexualidad temprana, y con edades aún menores que las mujeres adolescentes. Lo que llama la atención es que en el caso masculino, la relación que se observa en las mujeres se invierte, ya que la mayor escolaridad se relaciona con una edad menor en la primera relación sexual.

Una de las consecuencias del inicio temprano de la actividad sexual es el hecho de que los jóvenes que practican la sexualidad a edades más tempranas son más propensos a hacerlo de manera desprotegida y, en muchos casos, cuentan con múltiples parejas sexuales (Pratt, Mosher, Bachrach & Horn, 1984). El riesgo por el sexo sin protección se ve reflejado en el índice desproporcionado entre los adolescentes que contrajeron alguna

ITS o un embarazo no deseado en comparación con los adultos (Maxwell, Bastani & Yan, 1995). Por otro lado, una tercera parte de la población diagnosticada con VIH continúa realizando prácticas sexuales de riesgo, a pesar del conocimiento de su condición (Hein, Deil, et al., 1995).

Además, los jóvenes han aumentado considerablemente el consumo de alcohol, lo que afecta la conducta sexual, pudiendo propiciar formas más violentas de expresión como el acoso o asalto sexual (George et al., 2006). Por otro lado el consumo de sustancias está asociado con un menor uso del condón, mayor cantidad de parejas sexuales y con el intercambio de sexo por dinero o drogas, (Petry, 2000; Paul, Macmanus, Hayes, 2000), entre otras conductas de riesgo.

Se ha asociado las prácticas sexuales de riesgo con abuso de sustancias, abandono escolar, delincuencia juvenil y desempleo (Mott & Haorin, 1988), así como que los adolescentes tienden a involucrarse en comportamientos de riesgo (Jessor & Jessor 1977). El abuso de sustancias es consistentemente asociado con la actividad sexual de riesgo (Strunin & Hingson (1992) y adquirir VIH o ITS (Mezzich y cols. 1997). Estudios muestran que el 24.8 % de estudiantes sexualmente activos de la muestra utilizaron alcohol o drogas en su última relación sexual. (CDC, 2000). Además las consumidoras adolescentes mujeres tienden a iniciar sus relaciones sexuales a una edad más temprana, a hacerlo de manera más frecuente, son menos propensas a usar condón, y tienen mayor probabilidad de tener abortos (Rosebaum & Kandel 1990.).

Los adolescentes que no estudian son particularmente propensos a participar en conductas sexuales de alto riesgo. Cerca del 70% de jóvenes que no estudian entre 14 y 19 años son sexualmente activos comparados con el 45% de los jóvenes que se encuentran estudiando (CDC, 1994).

Trastornos psicológicos como estrés o depresión también han sido ligados a comportamiento sexual de riesgo (Rotheram- Borus, Koopman, & Breadey, 1989), así como la baja autoestima, la reducción en síntomas relacionados con estos trastornos mentales son efectivos en la prevención de ITS en adolescentes (Stiffman et al. 1992.). Los factores de la personalidad también influyen en la sexualidad de alto riesgo; por ejemplo: la falta de regularización emocional, capacidad adaptativa, impulsividad, falta de atención o agresividad (Mezzich y cols 1997.).

La actividad sexual de los adolescentes esta también influenciada por la presión social de los pares, así como el nivel socioeconómico (Jessor et al. 1995). Muchos estudios relacionan características de familias disfuncionales con problemas de ajuste social en los adolescentes (Chandy & et al. 1994.). Se encontró que las hijas adolescentes de familias con problemas de alcoholismo tienen más hijos que aquellas que no vienen de familias alcohólicas, además de tener mayor probabilidad de ser sexualmente activas y embarazarse. Las víctimas de abuso físico psicológico o sexual en la infancia han sido consistentemente asociadas al incremento del riesgo sexual, especialmente las jóvenes mujeres (Chandy & et al. 1994.).

Las conductas sexuales de riesgo tienen como efecto el incremento de embarazos no planeados, abortos en condiciones inseguras y nuevos casos de infecciones de transmisión sexual. En América Latina y El Caribe, 560 mil adolescentes y jóvenes entre 14 y 24 años contrajeron VIH (Shutt-Ainne y Maddaleno, 2003). Los embarazos adolescentes presentan riesgos particulares como mortalidad materna y el bajo peso en los productos (IPAS, 2004), el abandono escolar, la baja autoestima y la depresión son efectos psicosociales.

2.2.1.- Embarazo Adolescente

El embarazo adolescente es uno de los principales factores de riesgo para esta población en México. Desde la perspectiva demográfica cabe destacar: 1) la proporción elevada de jóvenes de 15 a 19 años de edad, que en México representan uno de cada diez habitantes y ascienden a 10.7 millones en 2003 (CONAPO, 2002); 2) el 14% del total de nacimientos corresponde a las mujeres de 15 a 19 años (INEGI, 2004); y 3) existen evidencias de que el embarazo en edades tempranas puede representar un riesgo bio-psico-social para la madre y el recién nacido, así como una mayor mortalidad materno-infantil (AMIDEM y CORA, 1986; SSA, 1988; Atkin, et al., 1998; Buvinic et al., 1998). Los nacimientos tempranos también pueden conducir a menores oportunidades para mejorar la calidad de vida de los adolescentes (Fleiz et al., 1999; Welti, 1989, 1995 y 2000). Además, una parte importante de estos embarazos terminan en aborto, y muchos

de ellos se llevan a cabo en condiciones de inseguridad. Sin duda, problemáticas asociadas al embarazo en la adolescencia (Menkes & Suárez, 2003).

2.2.2.-Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Las infecciones de transmisión sexual, como herpes gonorrea o sífilis, han sido descritas como unas de las enfermedades ms peligrosas que afectan a los adolescentes (Cates, 1990). Los adolescentes suelen estar en mayor riesgo que los adultos de contraer alguna ITS debido a que tienen más probabilidad de: 1) Tener múltiples parejas sexuales y relaciones efímeras; 2) Tener relaciones sexuales sin protección; 3) Tener compañeros sexuales con un alto riesgo de tener ITS (Gittes e Irwin, 1993). Las ITS, además incrementan las posibilidades de infección de VIH debido a que la adquisición y transmisión de ambas es similar (Mezzich et al, 1997).

De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012), de la población general de 15 a 49 años: 84.6% de los hombres tenían una vida sexual activa 81.6% de las mujeres reportó estar activa sexualmente. Lo anterior resulta relevante pues diversas enfermedades infecciosas se propagan generalmente de una persona a otra durante el coito: las denominadas Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Algunas de ellas también se pueden transmitir de la madre al hijo durante el embarazo o el parto. Otras modalidades de transmisión de infecciones son la transfusión de productos sanguíneos y el trasplante de tejidos.

Entre las enfermedades causadas por infecciones de transmisión sexual figuran la sífilis, el VIH-SIDA y el Virus del Papiloma Humano (VPH). De acuerdo con la Secretaría de Salud, durante 2017 se detectaron: 121 casos de sífilis congénita, 61 hombres (50.4%) y 60 mujeres (49.6%) 4,703 casos de sífilis adquirida, 2,891 hombres (61.5%) y 1,812 mujeres (38.5%). 4,344 casos de infección gonocócica genitourinaria, 2,169 hombres (49.9%) y 2,175 mujeres (50.1%). En relación con el Virus del Papiloma Humano, en 2017 se reportaron 27,610 nuevos casos, de estos 95.9% fueron mujeres (26,491). En este mismo año la tasa de incidencia de casos nuevos de VPH es de 1.86 por cada 100 mil hombres y la femenina es de 41.86 por cada 100 mil mujeres. El grupo de edad con mayor afectación de nuevos casos de Virus del Papiloma Humano fue el de 25 a 44 años, a razón de casi 25 mujeres por cada hombre (ENSANUT 2012).

Globalmente al menos 10 millones de jóvenes entre 10 y 24 años viven con VIH o SIDA, esto representa un tercio del total del número de infecciones (UNAIDS/ WHO, 1998). Cerca de 7000, personas entre 10 y 24 años se infectan diariamente, es decir 5 personas cada minuto, además las mujeres jóvenes infectadas con VIH corren el riesgo de transmitirlo a sus hijos (UNAIDS/ WHO, 1998).

La principal vía de transmisión del VIH en México es la sexual. El virus afecta principalmente a grupos poblacionales específicos: a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que se dedican al trabajo sexual (especialmente hombres) y personas que usan drogas inyectables. Así, durante el periodo 1983-2012, 32% de los casos en que se conoce el modo de transmisión en los hombres, refieren a relaciones

sexuales homosexuales, 22% bisexuales, 41% indica vía heterosexual, 2% por uso de drogas inyectables y 1% por transmisión vertical (madre-hijo). En el caso de las mujeres: 87% de los casos en que se conoce el modo de transmisión, refieren a relaciones sexuales heterosexuales, 6% por transmisión vertical, 6% por transfusión sanguínea y 1% por uso de drogas inyectables.

En 2017, la incidencia en hombres de casos de SIDA fue de 7.75 (por cada 100 mil) y 1.46 para las mujeres. Sin embargo, en años recientes se observa un repunte en el crecimiento de nuevos casos entre las mujeres: la razón hombre-mujer de casos de SIDA diagnosticados en 2017 fue de 5.07 hombres por cada mujer diagnosticada, en 2014 fue de 4.6 y en 2011 de 4.4; mientras que en 1985 la proporción era de 10.4 hombres por una mujer, en 1990 de 6.1, en 2000 de 4.8 y de 3.7 en 2005. En 2017 se detectaron 8,113 nuevos casos de infección asintomática por VIH (82.1% de hombres y 17.9% de mujeres).

El Registro Nacional de Casos de SIDA, con información al 31 de diciembre de 2017, refiere: Para el periodo 1983-2017, se han notificado 195,194 casos de SIDA, 82.1% de hombres y 17.9% de mujeres. En el periodo 1983-2017, 14.4% del total de los casos de SIDA se encuentran en la Ciudad de México. Además, 10.1% de los casos femeninos de SIDA se encuentran en Veracruz, seguido del Estado de México (9.7%), Ciudad de México (8.6%) y Chiapas (7.8%). La tasa de mortalidad del SIDA en 2016 fue de 3.79 por cada cien mil habitantes. En 2017, la incidencia de casos de SIDA notificados en jóvenes de 15-24 años fue de 7.41 en el caso de los hombres y de 1.1 para las mujeres.

Para 2014 estas cifras eran de 5.7 y 1.05, respectivamente. En el periodo 1983-2017, el grupo de edad de 30-34 años es el grupo que presenta el mayor número de casos notificados de SIDA (19.2% del total), de estos 84% son hombres. Entre la población de 15 años y más, el grupo de edad de 15 a 19 años, que concentra 2.0% del total de casos, tiene el mayor porcentaje de casos femeninos (30.5%) frente al de los masculinos (69.5%). Para el grupo de menores de 9 años de edad, la proporción de casos es similar entre niñas y niños (48.2% y 51.8% respectivamente); mientras que en el grupo de 10 a 14 años, la proporción de niños se eleva a 58.8%. (ENSANUT, 2012).

Entre los más de 30 virus, bacterias y parásitos que se sabe se transmiten por contacto sexual, ocho se han vinculado a la máxima incidencia de enfermedades de transmisión sexual. De esas ocho infecciones, cuatro son actualmente curables, a saber, la sífilis, la gonorrea, la clamidiasis y la tricomoniasis. Las otras cuatro –hepatitis B, virus del herpes simple (HSV o herpes), VIH y virus del papiloma humano (VPH)– son infecciones virales incurables, aunque existen tratamientos capaces de atenuar o modificar los síntomas o la enfermedad.

Las ITS se propagan predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral. También se pueden propagar por medios no sexuales, por ejemplo, las transfusiones de sangre o productos sanguíneos. Muchas ITS –en particular, la clamidiasis, la gonorrea, la hepatitis B primaria, el VIH y la sífilis–, pueden transmitirse también de madre a hijo durante el embarazo o el parto.

Una persona puede tener una ITS sin manifestar síntomas de enfermedad. Los síntomas comunes de las ITS incluyen flujo vaginal, secreción uretral o ardor en los hombres, úlceras genitales y dolor abdominal (OMS, 2016).

Las ITS tienen efectos profundos en la salud sexual y reproductiva en todo el mundo y figuran entre las cinco categorías principales por las que los adultos buscan atención médica.

Cada día más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual. Se estima que, anualmente, unos 357 millones de personas contraen alguna de las cuatro ITS siguientes: clamidiasis (131 millones), gonorrea (78 millones), sífilis (5,6 millones) o tricomoniasis (143 millones).

El número de personas con infección genital por el VHS (herpes) supera los 500 millones. En todo momento hay en el mundo más de 290 millones de mujeres infectadas con el virus del papiloma humano (VPH), una de las ITS más comunes.

Más allá del efecto inmediato de la infección en sí misma, las ITS pueden tener consecuencias graves.

- Algunas ITS, como el herpes y la sífilis, pueden multiplicar el riesgo de contraer el VIH por tres o más.
- La transmisión de la madre al niño puede dar lugar a muerte prenatal, muerte neonatal, insuficiencia ponderal al nacer y prematuridad, septicemia, neumonía, conjuntivitis neonatal y deformidades congénitas. Más de 900 000

mujeres embarazadas contrajeron sífilis en 2012, lo que causó complicaciones en alrededor de 350 000 casos, incluidos casos de muerte prenatal.

- Anualmente, la infección del VPH provoca 528 000 casos de cáncer cervicouterino y 266 000 defunciones.

- ITS tales como la gonorrea y la clamidiasis son causas principales de enfermedad inflamatoria de la pelvis, desenlace adverso del embarazo e infertilidad. (OMS, 2016)

2.2.3.- Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos

Si bien se ha incrementado en los últimos años de manera importante la difusión de información sobre diferentes métodos de regulación natal dirigida a los jóvenes de nuestro país, el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes todavía se ve obstaculizado por diferentes factores sociales y culturales. Los adolescentes en general conocen en mayor medida las pastillas, las inyecciones y el condón masculino que otros métodos de regulación natal. Sin embargo, únicamente la tercera parte de las mujeres de 15 a 19 años de edad manifestó un claro conocimiento del condón y cerca del 20% no había escuchado jamás hablar de un preservativo; esto tiene consecuencias en la práctica anticonceptiva de las jóvenes ya que el 40.9% de las mujeres de 15 a 19 años y el 20.5% de las de 20 a 24 años de edad, nunca había utilizado un método de regulación natal (Menkes & Suárez, 2003).

Los estudios sobre el tema han mostrado que las mujeres más jóvenes tienen menor conocimiento con relación a los métodos de anticoncepción en general, que se les

dificulta la obtención del método y el acceso a los servicios de salud para estos propósitos y sobre todo que existen tabúes y presiones sociales y de género que limitan a las jóvenes en el uso de algún método de regulación natal (Szasz, 1995b, 1998).

Un dato importante, si consideramos el incremento reciente en nuestro país de las enfermedades de transmisión sexual, es que, si bien ha aumentado en los últimos cinco años el uso de algún método anticonceptivo en la iniciación sexual de los jóvenes, de todos los adolescentes de 15 a 19 años que tuvieron una relación, únicamente el 20% de las mujeres y alrededor de la mitad de los hombres hizo algo para no embarazarse en su primera relación sexual. Asimismo, el método utilizado con mayor frecuencia de ambos sexos en su primera relación fue el condón, y en segundo término, las pastillas y en el caso femenino también el método del ritmo. Vemos que si bien el uso de preservativo ha aumentado entre los jóvenes en su primera relación sexual, sigue siendo muy reducido el uso de algún método en el primer encuentro sexual. Si a esto le añadimos el hecho de que muchos jóvenes no utilizan adecuadamente los métodos anticonceptivos, los resultados son aún más preocupantes. (Menkes & Suárez, 2003).

La Encuesta de Salud Nutricional (ENSANUT) 2012, muestra que los hombres reportan en todos los grupos de edad mayor uso del condón en comparación con las mujeres, cuestión que evidencia posibles factores de vulnerabilidad para ellas, debido a cuestiones de inequidad de género: 41.4% de los hombres de 15 a 49 años de edad reportan el uso del condón durante su última relación sexual, por sólo 24.5% de las

mujeres que lo reportan. 15 a 19 años es el grupo de edad que más usó condón durante su última relación sexual: 79.1% de los hombres por 47.4% de las mujeres.

3.-Estrategias de Intervención

Ante la evidencia de la diversidad de factores de riesgo que componen el entorno de los adolescentes en México y Latinoamérica, se hace necesaria una intervención psicológica que genere un impacto a nivel social e individual, en donde se considere la influencia de la comunidad en la cultura del autocuidado, así como el rol que juega el individuo y su impacto en la configuración del tejido social. Montero (1984), define a la psicología comunitaria como la rama de la psicología cuyo objetivo fundamental es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social (2012).

Un programa de prevención de las conductas de riesgo se define como un conjunto de intervenciones jerarquizadas y coherentes entre sí, cuyo objetivo en primer término es evitar la aparición de problemas relacionados con dichas conductas o, si esto no es posible, conseguir retrasar al máximo estos escenarios de riesgo (García & López-Sánchez, 2012).

Entendemos por estrategias de prevención el conjunto de acciones dirigidas a reducir los factores de riesgo o a fortalecer los factores de protección frente a diversas conductas. Estos factores pueden agruparse en dos grandes bloques: unos se refieren a las condiciones de los ambientes o entornos en los que se producen y otros a las

características de las personas que determinan cómo se responde a dichos entornos (Moncada, 2012).

Las características personales tales como la capacidad para controlar las emociones, para tomar decisiones o para prevenir las consecuencias de la conducta, por solo nombrar algunas, son entre otros factores que determinarán una mayor o menor vulnerabilidad para desarrollar patrones problemáticos. Las estrategias de prevención deben actuar a estos dos niveles: por un lado tratando de modificar aquellas condiciones de riesgo de los entornos y, por otro, dotando a las personas de recursos y habilidades que ayuden a reducir sus condiciones de vulnerabilidad (Moncada, 2012).

Las intervenciones en comunidades basadas en los modelos de investigación-acción-participativa, buscan fomentar factores de protección a partir de la aplicación del conocimiento en la solución de los problemas sociales, mediante la organización de la misma, la participación activa y el compromiso de los integrantes de la comunidad. La investigación-acción participativa trata de sensibilizar a la población sobre sus propios problemas, profundizar en el análisis de su propia situación y movilizar a sus participantes con dirección a una transformación social (García, 2014), en este caso, disminuir los factores de riesgo y aumentar los de protección.

3.1.-Tipos de Prevención

Para una comprensión óptima de la prevención y su construcción, es fundamental ubicar las actuaciones en alguna de las dos grandes clasificaciones de la prevención a la hora de planificar programas de intervención. La primera de ellas es la formulada por

Caplan, que pese a ser postulada en 1964, no ha perdido su vigencia (García-Rodríguez, 1989):

- *Prevención primaria.* Es la que intenta evitar el comienzo de la patología o su difusión, incluyendo a los grupos de alto riesgo, persigue la promoción de la salud en general mediante acciones escolares, familiares y comunitarias.
- *Prevención secundaria.* Su objetivo prioritario es la atención, y de ser posible detención, en sus primeras fases de deterioro de los comportamientos de salud. Esta mucho más centrada en el individuo.
- *Prevención terciaria.* Su objetivo es reducir o eliminar las consecuencias y efectos de la enfermedad. Además de ser también de corte individual gira hacia la integración y la reinserción social posterior a la supresión del problema (García-Rodríguez, 1989):.

La segunda de las clasificaciones, más vanguardista, es la que propone Gordon en 1983, ajustada a una realidad acorde con los índices de riesgo y los problemas preventivos.

- *La prevención universal:* es aquella que puede dirigirse a todos los adolescentes, beneficiando a todos por igual, son perspectivas amplias, menos intensas y menos costosas que otras que se orientan a conseguir cambios de comportamiento duraderos. En este tipo de prevención se incluyen los programas preventivos escolares que tratan de fomentar habilidades y clarificar valores.

- *La prevención selectiva:* es aquella que se dirige a un subgrupo de adolescentes que tienen un mayor riesgo de ser consumidores que el promedio de los adolescentes, se dirigen a grupos de riesgo.

- *La prevención indicada:* es más intensiva y más costosa, se dirige a un subgrupo concreto de la comunidad que suelen ser consumidores o que ya tienen problemas de comportamiento, dirigiéndose los mismos tanto a los que ya son consumidores como a los que son experimentadores, se dirigen a individuos de alto riesgo (Gordon, 1987).

Otra clasificación bastante frecuente es aquella que utiliza como criterio el enfoque principal de la intervención, que tiene que ver con el factor prioritario de riesgo identificado. Según esto podemos distinguir los distintos tipos de intervención preventiva:

- *Informativas y de sensibilización:* Aumentar la calidad y cantidad de información con la finalidad de utilizar estos conocimientos como un factor de protección.

- *Educativa:* Persigue el desarrollo de capacidades y habilidades básicas en la población que disminuyan la vulnerabilidad individual frente a los factores de riesgo.

- *Generación de alternativas:* Tratan de ofrecer actividades de ocupación del tiempo libre alternativas, y a la vez incompatibles con las conductas de riesgo.

- *De protección y control:* Engloban todo tipo de medidas legales y o normativas que buscan reducir la vulnerabilidad ante factores de riesgo.

- *De reducción de riesgos.* Incluye aquellas medidas que no van enfocadas a evitar las conductas de riesgo, si no, a minimizar sus posibles consecuencias negativas

Las estrategias anteriores se materializan en programas que son aplicados en diferentes ámbitos o entornos de intervención: escolar, familiar, laboral, desde los medios de comunicación y ambiental.

La utilización de diferentes estrategias de forma combinada es sin duda una de las claves de una prevención de calidad, cuando estas combinan diferentes programas aplicados en un mismo territorio se consiguen sinergias que multiplican los efectos positivos de los mismos (Moncada, 2012).

Existen tres razones de peso para el desarrollo de intervenciones efectivas que mejoren la salud mental de niños y adolescentes:

- Porque se observan trastornos mentales que ocurren de manera específica en ciertas etapas de la niñez; de ahí que sea necesario desarrollar programas e intervenciones específicas con foco en esta población.
- Porque existe un alto grado de continuidad entre los padecimientos mentales de inicio en la niñez y su continuidad en la adolescencia y posteriormente, la adultez. Por lo tanto, las intervenciones tempranas pueden reducir el riesgo de cronicidad de las patologías (OPS, OMS, 2011).
- Porque las intervenciones efectivas reducen la carga de las enfermedades mentales en el individuo y en la familia, y en consecuencia, reducen los costos en el sistema de salud y las comunidades (WHO, 2005).

La salud de los niños y adolescentes es influida por una gran variedad de factores, tanto protectores, como de riesgo; por lo que los programas de intervención deben estar

enfocados en el incremento de los factores protectores y disminución de los factores de riesgo con base en el autocuidado y las acciones comunitarias informales y formales, sin excluir la investigación preventiva y de los modelos de tratamiento específicos, en servicios especiales de alto costo y nivel de especialización (WHO 2005).

El autocuidado debiera representar el sistema más difundido y el punto de partida a favor de la salud mental. La atención comunitaria informal, precede a la atención provista en el sistema de salud, a través del centro de salud. El siguiente nivel de especialización lo provee el centro comunitario de salud mental y los servicios especiales de alto costo y nivel de especialización, con unidades de cuidado prolongado, se consideran para el menor porcentaje de la población y lo representan instituciones especializadas en salud mental y adolescente (WHO, 2005).

3.1.1.- Programas de Prevención del Consumo de Sustancias

La prevención del consumo de drogas se ve como una de las mejores alternativas para que este problema no se haga incontrolable y se le pueda hacer frente. El objetivo realista de la prevención es que las personas retrasen el consumo, hagan solo consumos esporádicos o una parte importante de ellos no las lleguen a consumir. Realmente lo que se pretende con los programas preventivos es modificar las características psicológicas de los individuos para incrementar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo para que las personas no consuman drogas, cambiar el contexto ambiental que se relaciona con el consumo de drogas y modificar la interacción entre estas variables. La prevención es una labor que tiene que mantenerse en el tiempo, trabajar largo tiempo y

esperar a ver los resultados a largo plazo, no de modo inmediato (Ammerman, 1999 en Becoña, 2002).

Los programas preventivos en drogodependencias abarcan múltiples posibilidades en cuanto al enfoque de partida y sus fundamentos, pero generalmente se centran en diferentes factores de riesgo psicosocial que afectan a los adolescentes, entre los que podemos destacar las siguientes agrupaciones: ambiente familiar, influencia de los iguales, destrezas o habilidades sociales y características de personalidad (McWhirter et al., 1998). En esta misma línea, Petterson y colaboradores (1992) proponen factores comunitarios: privación económica y social, bajo apego en la crianza, desorganización comunitaria, transacciones y movilidad, y disponibilidad de sustancias; familiares: historia familiar de consumo, problemas de manejo de la familia, uso de drogas parental y actitudes favorables al consumo; escolares: conducta antisocial temprana, fracaso académico, bajo compromiso con la escuela; e individuales: alienación y rebeldía, conducta antisocial en la adolescencia, amigos consumidores, actitudes favorables al consumo y consumos tempranos.

El tipo de intervención dirigido a los adolescentes son los programas de prevención universal, dirigidos a menores en el marco de la educación para la salud. El tipo de prevención que más se ha desarrollado ha sido la prevención en el ámbito escolar, debido a que es en la escuela donde está el grupo con mayor riesgo de consumir drogas. Por lo que la importancia de incluir a todos ellos en un programa preventivo de tipo universal, se obtendrá como resultado, un impacto importante en cuanto a la cantidad de

participantes, ya que se llega a todos ellos y se puede hacer una intervención sin excepciones. Sin embargo, aunque la prevención escolar es muy importante, y necesaria, es insuficiente en muchos casos si no va acompañada de una prevención más intensiva a nivel familiar, comunitario, etc. (Becoña, 2002).

Las campañas en medios de comunicación han sido una de las estrategias más populares para la prevención de las drogodependencias, entran en el marco de las estrategias informativas y su objetivo es influir en la tendencia normal en la información disponible sobre un tópico, parten de la idea de que los cambios en la conducta requieren información correcta y reducción de errores informativos. Actúan de dos maneras: aumentando la cantidad de información disponible y haciendo relevante el tema para la sociedad (Moncada, 2012).

Los programas comunitarios están basados en la idea de que el consumo de sustancias no es solo individual, sino que está influida por factores del entorno cercano al sujeto. Incluyen una amplia gama de actuaciones que van desde la movilización ciudadana para reducir la oferta de drogas, hasta la formación de mediadores, el apoyo comunitario a medidas legales, la dinamización de la propia comunidad para generar alternativas, etc. La intervención es participativa y se da en la zona geográfica particular donde se da la problemática (Moncada, 2012).

La prevención en el contexto ambiental se refiere a las estrategias de control que a partir de políticas públicas como la limitación de la promoción de las drogas legales o la regulación de la disponibilidad física de las drogas ilegales, buscan reducir la presencia

de drogas en el entorno, limitando su accesibilidad y controlando su promoción, especialmente entre los menores de edad.

La prevención en el ámbito escolar es una de las principales estrategias en el campo de consumo de sustancias ya que en ella podemos encontrar un lugar idóneo para la intervención. Por una parte, en la escuela encontramos agrupada a la principal población objetivo de la prevención, por otra, se entiende que la prevención tiene un fuerte componente educativo, y por tanto, el entorno escolar es un espacio natural para su aplicación, además de facilitar la evaluación de los programas de prevención. Los programas escolares sirven para retrasar la edad de inicio y reducir el consumo de sustancias, sin embargo, es imperativo que formen parte de un conjunto de iniciativas que incidan en la población desde diferentes frentes; la familia, la comunidad y los medios de comunicación.

Los programas de intervención efectivos son multicomponentes; incluyen información sobre drogas, desarrollo de habilidades sociales genéricas y específicas, rechazo a ofertas de consumo, así como otras habilidades como resolución de problemas y toma de decisiones. Los componentes de los programas de prevención escolar son:

- *Cognitivo*: información de las consecuencias a corto y largo plazo del consumo de sustancias en la salud.
- *Educación normativa*: información sobre prevalencia y aceptación del consumo entre pares.

- *Toma de decisiones*: Desarrollo de un pensamiento crítico y una toma de decisiones responsable.
- *Control emocional*: Estrategias para afrontar situaciones que generan reacciones de ansiedad e ira.
- *Entrenamiento en habilidades sociales*: Técnicas de asertividad para resistir con eficacia las presiones de iguales favorables al consumo.
- *Autosuperación*: Técnicas de establecimiento de metas, autorregistros.
- *Actividades de ocio*: Búsqueda de alternativas de ocio para satisfacer la necesidad de búsqueda de sensaciones nuevas y variadas.
- *Tolerancia y cooperación*: Reconocer y respetar el valor de las diferencias y discutir la importancia del trabajo cooperativo.

Los programas deben realizarse en los momentos evolutivos adecuados para impactar sobre las conductas. La OMS identifica tres periodos críticos: la fase de inoculación, que ocurre justo antes de los primeros contactos con las drogas; la fase de relevancia, durante el periodo en que se realizan los primeros consumos experimentales; y la fase de relevancia tardía, en la que las prevalencias de consumo aumentan y los jóvenes se exponen a otras influencias del entorno (Moncada 2012).

Uno de los programas realizados en nuestro país para la prevención del consumo de sustancias se llevó a cabo en la Universidad Veracruzana en 2010. En el programa de prevención integral de consumo de alcohol y drogas, participaron 27 jóvenes, 21 mujeres y 6 hombres, entre 19 y 30 años de edad que estuvieran inscritos en la universidad. Para

su evaluación se realizaron 4 pruebas antes y después de la intervención: el Cuestionario Salud y Bienestar; la prueba sobre el Sentido de Vida (Purpose-In Life, PIL) diseñada por Crumbaugh y Maholick (1981) para evaluar la actitud del individuo frente a la vida, en particular la magnitud del vacío existencial; la prueba de significado del sufrimiento diseñada por Starck (1985) que mide la capacidad que tienen los individuos para encontrar significado al sufrimiento en aquellas experiencias inevitables de dolor a las que se tendrán que enfrentar en alguna etapa de su vida; y la prueba Drug Use Screening Inventory (DUSI) diseñada originalmente por Tarter (1991) pero modificada por Díaz-Negrete et al (2006).

El taller preventivo incluyó 15 sesiones el cual se impartió un día a la semana de las 10:00 a las 14:00 hrs, en un jardín de la Universidad Veracruzana. Tuvo una duración de seis meses, periodo durante el cual se trabajó con los estudiantes realizando diversas dinámicas diseñadas para promover la interacción colectiva. Los ejercicios consistieron en distintas técnicas en donde se le ofreció al estudiante la oportunidad de llevar a cabo una introspección y conocimiento personal, técnicas de respiración y meditación, ejercicios corporales, se realizó terapia narrativa para la creación de historias alternativas y fomentar de ésta manera el diálogo grupal y sentido de comunidad, aunado a ejercicios de visualización y meditación guiada, se trabajó con el modelo cognitivo-conductual y algunos elementos de la filosofía budista. Todo esto con la finalidad de fortalecer los factores de protección y disminuir los factores de riesgo hacia el consumo de alcohol o droga.

Respecto a los resultados obtenidos producto de la intervención, el taller tuvo el efecto preventivo positivo esperado sobre los estudiantes, ya que todos los participantes disminuyeron sus factores de riesgo y aumentaron los de protección al finalizar el taller integral. Esto no sólo se expresa por los resultados obtenidos en la prueba Drug Use Screening Inventory (DUSI), sino también por las respuestas en el resto de cuestionarios, los cuales indican que los estudiantes lograron un crecimiento personal aunado a un cambio de actitud en relación al cuidado de su salud y de su bienestar emocional. Estos cambios podrían permitirles usar estrategias positivas para afrontar el estrés y las situaciones difíciles propias de la transición de la etapa de la adultez emergente (Banderas et al 2010).

En el marco de las estrategias para la prevención del consumo, la Comisión Nacional contra las Adicciones ha desarrollado un paquete integral de estrategias psicoeducativas, específicamente orientado a prevenir el consumo de tabaco, alcohol y drogas en niños, niñas y adolescentes. Este paquete está representado por una serie de Guías Preventivas que buscan incidir y capacitar a niños y adolescentes en el desarrollo de hábitos saludables y en el enfrentamiento de las presiones asociadas al consumo de sustancias. Por tratarse de una serie de herramientas activas, la dinámica de implementación se orienta a incidir en diversos frentes, por ello involucra el trabajo con niños, adolescentes, padres y maestros, en busca de un impacto desde una perspectiva integral: familia-escuela-sociedad. Esta estrategia está pensada para aplicarse en una

amplia variedad de escenarios y situaciones, por lo que el profesional de la salud estará en posibilidad de realizar adaptaciones, para potencializar su impacto (CONADIC, 2017).

En cuanto a programas de intervención, CONADIC cuenta con el Taller de atención del comportamiento infantil para la crianza positiva, un programa de intervención enfocado a padres de niños de 2 a 12 años, cuyo objetivo es enseñar estrategias para el manejo de conductas a partir de los principios básicos del comportamiento y desarrollo de los procedimientos conductuales que permiten el cambio de conducta en los niños a través del aprendizaje de habilidades parentales de crianza.

El programa está constituido por cinco fases; la primera fase contempla una sesión de evaluación escrita con aplicación grupal a los padres de familia; la segunda fase consiste en la aplicación cuatro sesiones de intervención del taller de crianza positiva. La tercera fase implica una sesión de evaluación grupal, posterior al taller y una sesión adicional de evaluación individual a través de situaciones simuladas. En la cuarta y quinta fase, se repiten las evaluaciones a través de los instrumentos psicométricos y opcionalmente la sesión de evaluación individual a través de situaciones simuladas, como fases de seguimiento a los tres y seis meses, respectivamente (CONADIC, 2013).

También existe el Programa de Prevención para Padres de Adolescentes en Riesgo (PROPAR), que se enfoca en brindar técnicas específicas de manejo conductual a padres de adolescentes, para ayudar a reducir conflictos entre ellos y mantener un ambiente familiar agradable, donde las reglas sean claras, justas y consistentes, y que de esta manera, se reduzca el riesgo de consumir sustancias adictivas en los adolescentes.

El programa consta de los siguientes tópicos y objetivos particulares:

I. Admisión. Se determina si los padres cubren los criterios de inclusión al programa. También se eligen las conductas a modificar (conductas blanco).

II. Evaluación de la conducta. Los padres aprenden a observar y registrar las conductas adecuadas e inadecuadas blanco de la intervención.

III. Diagrama de manejo conductual. Se enseña a los padres el procedimiento de las técnicas a revisar durante el tratamiento mediante un diagrama de flujo.

IV. Cómo incrementar conductas adecuadas. Los padres aprenden cómo incrementar conductas adecuadas mediante varias técnicas de reforzamiento positivo.

V. Reglas de aplicación de consecuencias. Los padres aprenden y aplican las reglas del reforzamiento y del castigo (consistencia, efectividad, inmediatez y variabilidad) para incrementar efectivamente las conductas adecuadas de sus hijos y decrementar las inadecuadas.

VI. Reducir y eliminar conductas inadecuadas. Los padres aprenden y aplican técnicas efectivas para la reducción de conductas inadecuadas de sus hijos, mediante castigo.

VII. Análisis funcional de la conducta. Los padres aprenden a realizar un análisis funcional de la conducta de sus hijos para observar con detenimiento las conductas de sus hijos y las propias e identifican errores de aplicación de contingencias.

VIII. Negociación y convenios. Los participantes aprenden y aplican las técnicas de negociar y convenir para reducir conductas inadecuadas e incrementar conductas adecuadas.

IX. Evaluación post tratamiento. Se aplican instrumentos para verificar el cambio efectivo en padres e hijos y se proporciona retroalimentación al respecto (CONADIC, 2014).

Otro programa de CONADIC es el Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC). Este programa ha sido desarrollado dentro del marco conceptual del análisis conductual aplicado y busca restablecer y mejorar la calidad de los reforzadores recreativos, sociales, familiares y vocacionales que rodean a los usuarios. La meta consiste en que los reforzadores sean operacionales y de alta calidad cuando el usuario se encuentre sobrio o abstinerente de drogas, además de ser retirados o no estar disponibles si el individuo consume.

El Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) tiene como objetivo hacer que un estilo de vida sin alcohol o drogas sea más viable, que uno con el alcohol o las drogas como eje primordial. En conjunto con el establecimiento de metas y el involucramiento motivacional, el Programa de Satisfactores Cotidianos enseña al usuario las habilidades necesarias para crear los estilos de vida pro-sociales deseados.

El programa consiste en 11 componentes que giran en torno a identificar, establecer y alcanzar metas que el usuario se proponga. El primer componente del PSC,

es el análisis funcional de la conducta de consumo, éste es una entrevista estructurada que permite al terapeuta y al usuario identificar los antecedentes y las consecuencias de la conducta de consumo. El siguiente componente del programa, es la Muestra de abstinencia, en donde se experimenta los beneficios de mantenerse sin consumo; posteriormente, en el de Metas de vida cotidiana, se involucra al usuario tanto en la identificación de las áreas de vida que desea cambiar, como en la estructuración de planes de acción específicos para alcanzar las metas. Los siguientes componentes del programa enfatizan la variedad de habilidades que el usuario puede necesitar para mantenerse sin consumo. Cada componente se enfoca en un paquete de habilidades específicas: rehusarse al consumo, comunicación, solución de problemas, búsqueda de empleo, consejo marital, control de emociones y habilidades sociales y recreativas (CONADIC, 2014).

El Modelo Preventivo Construye tu Vida sin Adicciones es una propuesta preventiva basada en los aportes de la medicina mente-cuerpo elaborada desde el sector salud, la cual pretende fortalecer la responsabilidad individual y social en relación con su salud integral y en especial prevenir adicciones. Es un modelo de tipo universal que aborda la prevención como un conjunto de acciones para promover el desarrollo humano y crear ambientes proactivos. En su planteamiento establece el origen multifactorial y complejo de las dependencias considerando que tanto la recuperación, como la prevención de esta enfermedad se vincula más con las actitudes y comportamientos que

integran el estilo de vida del individuo y de su grupo social, que simplemente con inhibir el consumo de determinada sustancia.

Bajo este abordaje se considera que el estrés, una inadecuada alimentación, un autoconcepto pobre, falta de espacios para la diversión o una mala comunicación, entre otros, pueden actuar como elementos para alentar el consumo de sustancias psicoactivas, por ello esta propuesta está orientada a desarrollar habilidades para liberar tensiones, construir pensamientos positivos, mejorar hábitos alimenticios, incrementar las capacidades creativas, favorecer la comunicación y la expresión de sentimientos, trabajar con el autoconcepto, dedicar un tiempo para el esparcimiento y reflexionar sobre los patrones de consumo de sustancias adictivas.

Este modelo pretende fortalecer la responsabilidad individual y social acerca de la salud, facilitando la conformación de estilos de vida que permitan desarrollar al máximo el potencial de cada persona y propiciando condiciones que eleven la calidad de vida y de las comunidades. Para su conducción no requiere de expertos o profesionales, el facilitador puede ser cualquier agente de la comunidad que tenga habilidades para propiciar la interacción y el desarrollo de los ejercicios (CONADIC, 2002).

3.1.2.- Programas de Prevención de la Sexualidad de Riesgo

Las intervenciones de asesoramiento y enfoques conductuales representan la prevención primaria contra las ITS (incluido el VIH). Esas intervenciones incluyen:

- Educación sexual integral, asesoramiento antes y después de las pruebas de ITS y VIH.

- Asesoramiento sobre prácticas sexuales más seguras y reducción de riesgos, promoción del uso de preservativos.
- Intervenciones dirigidas a grupos de población claves, incluidos trabajadores sexuales, hombres homosexuales y consumidores de drogas inyectables.
- Asesoramiento y educación sexual adaptada a las necesidades de los adolescentes.

Además, el asesoramiento puede mejorar la capacidad de las personas para reconocer los síntomas de las ITS, con lo que aumentarán las probabilidades de que soliciten atención o alienten a sus parejas sexuales a hacerlo. Lamentablemente, la falta de sensibilidad del público, la falta de capacitación del personal sanitario y el arraigado estigma generalizado en torno a las ITS siguen dificultando un mayor y más eficaz recurso a esas intervenciones (OMS, 2016).

Los principales programas para prevenir la sexualidad de riesgo en adolescentes están por lo general enmarcados como programas de prevención de VIH en adolescentes, prevención de embarazos de riesgo o no planeados o prevención de ITS en general (Jemmott & Jemmott, 2000). Se ha demostrado que la prevención en escuelas es una estrategia que funciona, especialmente cuando se integra la educación sexual general con la prevención de ITS/VIH-SIDA; mejora el conocimiento, las actitudes y las conductas de los jóvenes en relación con la sexualidad y con el sexo seguro (IPPF, RHO-Jóvenes, 2000).

La promoción y prevención en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en escuelas tiene ventajas como el hecho de que la etapa de desarrollo físico y psicológico

adolescente coincide con el inicio de las prácticas sexuales, siendo un momento ideal para dotarlos de actitudes y prácticas saludables en un ambiente propicio, en vez de actuar cuando ya se han aprendido patrones poco saludables (Kirby, 1999). Una de las razones prácticas para usar la escuela en prevención es la cantidad de personas a las que se puede llegar, pues es un vínculo con la comunidad; para muchos alumnos es un espacio único para recibir información, ya que muchos padres no hablan lo suficiente con sus hijos de temas relacionados a la sexualidad o SSR.

Los programas escolares más efectivos están enfocados exhaustivamente en retrasar la iniciación de conductas sexuales y de proveer información de sexualidad segura o protegida en adolescentes sexualmente activos (CDC, 1999). Debido a que la escuela permite un lógico y conveniente camino para llegar a los jóvenes, el tipo de intervención escolar debe seguir jugando un papel integral en los esfuerzos por mitigar las conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. Algunos de los programas reconocidos como efectivos, basan su éxito en un currículo que abarca varios niveles o grados, incluyendo a los padres en los programas, enfocándose en habilidades sociales necesarias para implementar una sexualidad responsable y facilitando el acceso a recursos anticonceptivos (Anaya et al. 2003).

Las características de un programa efectivo para la prevención de la sexualidad de riesgo son:

- Un enfoque específico en reducir las conductas sexuales de riesgo.
- Se basan en teorías de aprendizaje social.

- Incluyen información básica y precisa sobre los riesgos de las relaciones sexuales desprotegidas combinadas con experiencias que personalicen dicha información.
- Reforzar de manera apropiada, clara y específica los valores que fortalezcan al individuo y al grupo que permitan prevenir el sexo sin protección.
- Modelar y practicar habilidades sociales.
- Utilizar métodos de enseñanza que refuercen la participación activa.
- Adaptar el comportamiento, los objetivos, el material y los métodos de enseñanza a la edad, experiencia y cultura de los estudiantes.
- Permitir el tiempo suficiente para la realización adecuada de las actividades.
- Utilizar maestros entrenados o pares que confíen en el programa (Kirby, 1999).

Los programas de intervención comunitaria tienen la ventaja de poder llegar a los adolescentes que no acuden a la escuela, incluyendo jóvenes en situación de calle o que abandonaron la escuela. Los enfoques actuales para las intervenciones de VIH/SIDA para tales jóvenes se basan en el principio de que la educación/intervención debe abordar las necesidades primarias de un individuo, y que estos programas se implementan mejor con compañeros y adultos de confianza (Walters, 1999). La mayoría de las intervenciones comunitarias exitosas tienen el mismo formato; grupos pequeños, múltiples sesiones, y son programas enfocados en habilidades cognitivo conductuales (Rotheram-Borus et al. 2001).

En su estudio Meltzler y cols. 2000 muestra una alternativa efectiva en la disminución de conductas sexuales de riesgo. Este estudio difiere de los trabajos

anteriores en dos aspectos significativos; 1) examina la efectividad en el cambio de comportamiento de pacientes clínicos con ITS, y 2) es una intervención individual en vez de grupal. En un lapso de 6 meses de seguimiento, se observa la disminución de parejas sexuales de los participantes, disminución de poligamia, así como de encuentros con extraños.

Muchos de los programas comunitarios para la prevención de sexualidad de riesgo están dirigidos a la comunidad lésbico-gay, debido a que la actividad sexual entre hombres es la principal forma de infección de VIH con un tercio de adolescentes y dos tercios entre 20 y 24 años (CDC, 2001). En México un programa denominado "Un equipo contra el SIDA" reportó el aumento de conocimientos de uso del condón y sensibilización de la población respecto del VIH-SIDA (IMIFAP, 2006). La evaluación del costo-beneficio de estos programas ha demostrado que son una inversión redituable, ya que pueden aumentar la salud de los estudiantes no sólo al darles información, también al referirlos a centros de salud sin generar costos económicos mayores (Senderowitz, 2000).

Uno de los programas preventivos realizados en México fue una intervención conductual-educativa diseñada para disminuir las conductas sexuales de riesgo de VIH/SIDA y embarazos no planeados de adolescentes mexicanos. La intervención consistió en un ensayo controlado aleatorizado con cuatro seguimientos en un año; 832 adolescentes reclutados de escuelas preparatorias, entre 14 y 17 años, se asignaron aleatoriamente al grupo experimental o al control. La intervención, de seis hrs. de

duración, aplicó estrategias de aprendizaje activo. El objetivo de este estudio fue mostrar la efectividad de una intervención conductual-educativa, basada en teoría, en el uso del condón/anticonceptivos por adolescentes preparatorianos de Monterrey, con los siguientes objetivos específicos:

- Determinar si la intervención psico-educativa "Reducción de riesgo de VIH/SIDA" (grupo experimental) produce un mayor incremento en las intenciones de tener sexo y usar condón y anticonceptivos en los adolescentes que la reciben, en comparación con los que reciben la de "Promoción de la Salud" (grupo control).
- Identificar variables teóricas que median los efectos de la intervención conductual-educativa.

Se tuvieron dos tipos de intervención: a) reducción del riesgo de VIH/SIDA y b) promoción de salud. Aunque el enfoque de los programas impartidos fue diferente, tuvieron similitudes en características importantes como en el tema "Cuídate", en formato y contenido. Las estrategias de entrega de los programas comprendieron discusiones en pequeños grupos, uso de videos y ejercicios interactivos. Cada programa consideró la influencia de la cultura en temas como roles por género e importancia de la familia.

Los resultados arrojaron que no hubo diferencia significativa entre los grupos experimental y control, en las intenciones de tener relaciones sexuales. Sin embargo, los participantes en el grupo experimental reportaron mayor nivel de intenciones de usar

condones y de usar anticonceptivos en los siguientes tres meses, que los del grupo control (Gallegos et al, 2007).

Otro programa relevante en Latinoamérica es el diseño de una estrategia educativa extracurricular, de tipo participativa, dirigida a mejorar la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes en instituciones universitarias cubanas con el objetivo de; 1) Incrementar el nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, y 2) Modificar los comportamientos sobre salud sexual y reproductiva. Para ello, se realizó un estudio de desarrollo con la aplicación de técnicas cuantitativas y cualitativas en donde se identificaron las necesidades de aprendizaje sobre el tema mediante un cuestionario estructurado en 592 estudiantes de dos instituciones universitarias, se realizaron además, grupos focales y entrevistas en profundidad. Posteriormente, se diseñó una estrategia educativa extracurricular conformada por el componente capacitación y comunicación articulados entre sí y que se desagregan en un conjunto de acciones. Se concluyó que el diseño de la estrategia educativa conduce a fomentar un pensamiento responsable sobre salud sexual y reproductiva en los estudiantes. Su implantación ha sido factible y ha brindado buenos resultados en los adolescentes y jóvenes y además, hace que los mismos una vez egresados de sus respectivos perfiles de formación puedan realizar correctamente actividades de promoción, prevención y educación para la salud en la población donde trabajen (Rodríguez, 2012).

En Brasil se diseñaron los “talleres educativos en sexualidad del adolescente: la escuela como escenario”. El trabajo se trata de un proyecto de extensión universitaria que

tuvo como objetivo sensibilizar a los adolescentes a la transformación de la realidad social a través de acciones educativas dirigidas a la salud sexual y reproductiva, responsable y sanamente, minimizando vulnerabilidades y lesiones a la salud. En los encuentros se utilizó la metodología del "Círculo de la Cultura" de Paulo Freire (1974). El círculo de la cultura está formado por un grupo de personas que se reúnen para discutir temas que sean de interés mutuo y, sus participantes se disponen en forma de círculo para dialogar.

Las discusiones acontecieron siempre incentivadas por un mediador hasta que se alcanzaran los objetivos propuestos, con amplia participación de los estudiantes y del grupo de estudiantes de enfermería participantes del proyecto. Para poner en práctica las actividades fueron organizadas y promovidas oficinas temáticas, teatros, dinámicas, presentación de vídeos y discusiones en grupos, siendo utilizados recursos didácticos como: figuras, carteles, álbum seriado, cintas de vídeo, equipo de métodos contraceptivos, recortes, collages y dibujos. Se optó por este tipo de actividad por creerse que la forma lúdica es un facilitador del aprendizaje. Se rompieron las barreras de la educación tradicional que centraliza la atención en quien enseña, y se priorizó una educación participativa permitiendo al estudiante ser el centro del proceso de aprendizaje. Fueron cinco encuentros quincenales entre los meses de septiembre a noviembre de 2008, con duración de una hora y cuarenta minutos cada uno.

Cuando finalizaron los encuentros educativos, los estudiantes demostraron conocer mejor los métodos contraceptivos y el más indicado para su edad; las ETS y

formas de prevenirlas; la importancia de tener su primera relación sexual con responsabilidad y el cuidado de sí mismo y de la pareja y la prevención del embarazo no planificado. Se evaluaron los temas abordados en las piezas teatrales que los alumnos presentaron, y se observó la adquisición de nuevos conocimientos, el respeto a sí mismo y al otro, la mejor integración y socialización del grupo y el compromiso y responsabilidad por sus opciones y decisiones preparándolos para el ejercicio responsable de la ciudadanía.

El proyecto posibilitó el desarrollo de un trabajo educativo de valorización humana e incentivó la adopción de hábitos de vida sana. El trabajo fue considerado una intervención pedagógica adecuada por los adolescentes, profesores, extensionistas y estudiantes de enfermería (Rodrigues, 2010).

El Instituto Aguascalentense de las Mujeres propone el taller de sexualidad cuyo objetivo es que las y los participantes adquieran herramientas teórico-metodológicas que les permitan construir nuevos conocimientos –o reforzar los previos- respecto al concepto de sexualidad y todo lo que este implica, promoviendo una mejor educación sexual a través de técnicas de auto conocimiento que propicien su reflexión y sensibilización.

El manual está estructurado con base en cuatro temas: Cuerpo, Sexualidad, Relaciones sexuales y Consecuencias. Los módulos están planteados de tal manera que permiten reconocer la importancia de la perspectiva de género tanto en el nivel personal como gubernamental. Cada tema tiene indicado un objetivo, los recursos materiales y

humanos que se requieren, así como el tiempo destinado a cada actividad y la secuencia a seguir. (IAM, 2004).

García en el 2014, llevó a cabo el Taller de Salud Sexual y Reproductiva cuyo objetivo fue promover la cultura de prevención y autocuidado en el área de la salud sexual y reproductiva en 15 adolescentes entre 13 y 16 años de edad de la delegación Iztapalapa en la Ciudad de México, mediante dinámicas individuales y grupales, material videograbado, e impreso, con base en sus propias necesidades y experiencias como vínculo en la modificación de actitudes.

EL taller se realizó con dos grupos de adolescentes y consistió en seis sesiones de dos horas a la semana. Se utilizaron evaluaciones pre-post con la finalidad de conocer el tipo de información con la que contaban los adolescentes antes de iniciar el taller, y evaluar el impacto de éste en el área de conocimientos de los y las participantes. En el estudio se destacan tres puntos fundamentales; primero, que los adolescentes participantes, en términos generales, entendieron los procesos de cambio y maduración que se viven en la adolescencia donde se deja de ser niño para comenzar a madurar, segundo, la percepción que les dejó el taller en términos del autocuidado y protección de la salud sexual y reproductiva, remarcando la responsabilidad y el uso del condón como protección, disminuir el riesgo de las consecuencias que trae consigo el ejercer su sexualidad a temprana edad; y por último, el que los muchachos pudieran identificar la importancia de las conductas aprendidas en la infancia y como estas influyen en las primeras relaciones de pareja (García, 2014).

3.2.-Promoción de la Salud

La OMS definió en 1984 a la salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Por su parte, el Instituto de Medicina (2004) añadió en función a la población infantil: “se extiende a un niño o grupo de niños que pueden: a) desarrollar su potencial, b) satisfacer sus necesidades y c) desarrollar las capacidades que le permita interactuar exitosamente con su ambiente biológico, físico y social”.

De acuerdo a este enfoque, existen cuatro aspectos fundamentales en el campo del desarrollo, que sirven como base para realizar intervenciones de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales: 1. Comprender los patrones de competencia relacionados con la edad y el desarrollo de trastornos; 2. Advertir la presencia de múltiples contextos; 3. Reconocer la importancia del desarrollo de habilidades; y 4. Incorporar en las intervenciones la interacción entre los factores biológicos, psicológicos y sociales (O’Connell, 2009).

La promoción de la salud mental y la prevención de los padecimientos mentales son actividades complementarias y superpuestas (OMS, 2004). Ambas se concentran en cambiar las influencias comunes en el desarrollo de niños y adolescentes, con el fin de garantizar un funcionamiento adecuado en las tareas y desafíos de la vida cotidiana y, de este modo, evitar los problemas cognitivos, emocionales y del comportamiento que deterioran su funcionamiento (O’Connell, 2009).

La promoción de la salud constituye un proceso que abarca las acciones dirigidas principalmente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y grupos, así como las encaminadas a modificar las condiciones sociales y ambientales, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. El fin último de dichas acciones es propiciar espacios saludables donde los diferentes actores involucrados participen responsablemente en el mantenimiento y mejoramiento de su bienestar.

La promoción de salud cumple sus objetivos mediante una variedad de actividades encaminadas a fomentar comportamientos y estilos de vida saludables. Se centra en las elecciones y responsabilidades personales y en el cambio social del medio. Utiliza una variedad de estrategias complementarias como la comunicación y educación para la salud, la participación comunitaria y el empoderamiento social, las políticas públicas y la abogacía. De ahí que se plantee que ambas se vuelven, cada vez más, un binomio inseparable, por encima mismo de los propios medios, técnicas e instrumentos empleados, y esto fortalece, enriquece y modifica, en forma consciente e informada, conocimientos, actitudes o comportamientos a favor de la salud.

Un enfoque especialmente efectivo es el trabajo en grupo de iguales. Sus principales ventajas son: mayor adecuación de los contenidos y estrategias, más motivación y crédito de la información. En este sentido, los adolescentes y jóvenes conceden mayor credibilidad a la información obtenida en el grupo, que a la suministrada de forma autoritaria y por emisores con pocos puntos de contacto con ellos (Rodríguez, 2012).

3.3.- Factores de Protección

3.3.1.-Resiliencia

La resiliencia es el fenómeno del desarrollo exitoso de una persona bajo condiciones adversas (Braverman, 1999), o un rasgo de la personalidad, que le permite a la persona una mejor adaptación a la vida. En la resiliencia, suele haber una situación estresante o intensa, así como una competencia manifiesta en relación con el problema (Becoña, 2006).

La resiliencia es un rasgo psicológico del self que se capacita para el éxito en condiciones de adversidad, y que puede ser desgastado o reforzado por la adversidad (Bartelt, 1996). Richardson y colaboradores (1990), definen la resiliencia como el proceso de afrontamiento con eventos vitales desgarradores, estresantes o desafiantes de un modo que proporcionan al individuo protección adicional y habilidades adaptativas a partir de la ruptura resultado de dicho evento. Por su parte, Garmezy (1991), la define como la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la experimentación de un evento estresante. Para Becker y colaboradores (2000), la resiliencia es un proceso dinámico que abarca la adaptación positiva dentro del contexto de una adversidad significativa.

Fergus y Zimmermann (2005) indican que la resiliencia se refiere al proceso de superar los efectos negativos de la exposición al riesgo, afrontamiento exitoso de experiencias traumáticas y la evitación de las trayectorias negativas asociadas al riesgo. Para que aparezca la resiliencia, tienen que estar presentes tanto factores de riesgo, como

de protección que ayuden a conseguir un resultado positivo o reduzcan o eviten un resultado negativo.

Para Beardslee (1989), la resiliencia está compuesta de autoconfianza, curiosidad, autodisciplina, autoestima y control sobre el ambiente. Por su parte Polk (1997), propone que las características de la resiliencia son: atributos sociales, físicos, roles, relaciones, características de solución de problemas y creencias filosóficas:

- *El patrón disposicional*, que se refiere a los atributos físicos y psicosociales, incluyen la competencia personal y un sentido del self, así como los factores constitucionales y genéticos como la inteligencia, la salud y el temperamento. El patrón relacional se refiere a las características de los roles o relaciones que influyen la resiliencia, como el valor de la cercana relación de confianza, darle sentido a las experiencias, tener habilidades en identificar y relacionarse con modelos positivos.
- *El patrón situacional* se refiere a la aproximación característica a las situaciones o estresores y se manifiesta como habilidades de valoración cognitiva, habilidades de solución de problemas, la habilidad de hacer una evaluación realista de la propia capacidad de actuar y de expectativas o consecuencias de esa acción, flexibilidad, perseverancia, disposición de recursos, curiosidad, naturaleza exploratoria y creatividad.
- *El patrón filosófico* se manifiesta en las creencias personales, por ejemplo la creencia del que el autoconocimiento y la reflexión son importantes, la

convicción de hallar un significado positivo en las experiencias y en la propia vida.

Garmezy (1993) considera que el primer factor para la resiliencia es el temperamento y los atributos de personalidad del individuo, es decir, el nivel de actividad, la capacidad reflexiva ante nuevas situaciones, las habilidades cognitivas y la respuesta positiva entre otros. El segundo factor se encuentra en las familias, en el cariño, la cohesión o la presencia de un cuidado adulto; y el tercero, es la disponibilidad de apoyo social en sus múltiples formas.

Kumper y Hopkins (1993) proponen siete factores para la resiliencia: optimismo, empatía, insight, competencia intelectual, autoestima, dirección o misión y determinismo o perseverancia. Estas características estarían asociadas a habilidades de afrontamiento, como las emocionales, de manejo, interpersonales, sociales, académicas, de trabajo, de reestructuración, de planificación y habilidades para la vida y solución de problemas.

Algunos de los principales conceptos que están relacionados con la resiliencia son:

- *Competencia*: Está relacionada con el coeficiente intelectual y con el rendimiento académico; un CI elevado es un factor protector, mientras que uno bajo, es un factor de vulnerabilidad (Luthar, 2003). Existen tres tipos de factores que ayudan a proteger al individuo de diferentes riesgos psicológicos: 1) los atributos disposicionales: capacidad intelectual, temperamento, autonomía,

autoconfianza, sociabilidad y habilidades de comunicación; 2) características familiares: presencia de cordialidad cohesión, estructura, apoyo emocional, estilos positivos de apego y relaciones cercanas al encargado de la crianza; y 3) factores de apoyo externo: experiencias positivas en la escuela, buenas relaciones con iguales y relaciones positivas y reforzadoras con adultos (Bissonnette, 1998).

- *Locus de control y estilo atribucional*: Promueven la resiliencia mediante la protección de los estresores de la vida; los niños resilientes tienen una mayor autoestima y autoeficacia, tienen establecidos sentimientos de su propia valía, seguridad en que pueden afrontar las situaciones exitosamente, habilidad para encontrar significado a las experiencias que les producen malestar, la convicción de que los errores son factores modificables y sus atribuciones son valiosas y tomadas en cuenta (Polk, 1997).
- *Factores de riesgo y protección*: Los factores de riesgo son aquellos estresores o condiciones ambientales que incrementan la probabilidad de que un niño experimente un ajuste promedio pobre o tenga resultados negativos en áreas particulares como la salud física, mental, el resultado académico o el ajuste social. Algunos de los factores de riesgo más importantes que se han identificado son experiencias traumáticas, conflicto familiar, pobreza, exposición crónica a la violencia, abuso de drogas, conducta criminal o problemas de salud mental Braverman (2001).

Desde la perspectiva de la resiliencia, ésta sería un macrofactor que explicaría el estado adaptativo del individuo ante la vida. También es cierto que cuando se estudian los factores de protección, la idea que subyace como meta final es encontrar un conjunto de dichos factores que permitan que el individuo sea resiliente (Becoña, 2006).

3.3.2.- Habilidades Para la Vida

Habilidades para la vida en las escuelas, es una iniciativa internacional promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de 1993, con el objetivo de que niñas, niños y jóvenes adquieran herramientas psicosociales o “Habilidades Para la Vida” que les permitan acceder a estilos de vida saludables (Montoya y Muñoz, 2009).

Mantilla (1993) señala las diez habilidades para la vida que son indispensables para que los adolescentes y los jóvenes adquieran la capacidad de elegir dichos estilos de vida, según la OMS.

- **Autoconocimiento:** es la habilidad de conocer nuestros propios pensamientos, reacciones, sentimientos, gustos, límites y puntos fuertes y débiles.
- **Empatía:** es la habilidad de ponerse en el lugar de la otra persona en una situación muy diferente de la primera. Esta habilidad ayuda al alumno a comprender mejor al otro y por tanto, responder de forma consecuente con las necesidades y circunstancias de la otra persona.
- **Comunicación asertiva:** es la habilidad para expresar con claridad y de forma adecuada los sentimientos, pensamientos o necesidades individuales.

- **Relaciones interpersonales:** es la habilidad de establecer, conservar e interactuar con otras personas de forma positiva, así como dejar de lado aquellas relaciones que impiden un desarrollo personal.

- **Toma de decisiones:** es la habilidad de evaluar las distintas posibilidades, teniendo en cuenta necesidades y criterios, estudiando cuidadosamente las consecuencias que puedan acarrear las diferentes alternativas tanto en la vida individual como en la ajena.

- **Solución de problemas y conflictos:** es la habilidad para buscar la solución más adecuada a un problema o conflicto, identificando en ello oportunidades de cambio y crecimiento personal y social.

- **Pensamiento creativo:** es la habilidad que permite buscar alternativas diferentes de manera original ayudando a realizar una toma de decisiones adecuada.

- **Pensamiento crítico:** es la habilidad que permite preguntarse, replantearse, analizar objetivamente la situación existente para llegar a conclusiones propias sobre la realidad.

- **Manejo de emociones y sentimientos:** es la habilidad de reconocer las propias emociones y sentimientos y saber cómo influyen en el comportamiento, así como la capacidad para manejarlas.

- **Manejo de tensiones y estrés:** es la habilidad de conocer que provoca tensión y estrés en la vida y encontrar formas de canalizarlas para que no interfieran con nuestra salud.

El objetivo fundamental en ésta área es acompañar y reforzar el proceso de maduración, desarrollando sus propios recursos personales y relacionales, aportándoles los necesarios para la consecución de su proyecto de realización personal (Arbex, 2002).

En concreto, será preciso incidir en:

- Apoyo en la búsqueda de consolidación de su propia identidad.
- Desarrollo de actitudes de autoconfianza y reconocimiento de la propia valía: concepto positivo de sí mismo y de autoestima.
- Estímulo a la autonomía acorde con su edad, aprendiendo a tomar decisiones y solucionar sus propios conflictos.
- Fomento de la actitud crítica y el pensamiento independiente capaces de romper la inercia imitadora. Esta cuestión supone, la mayoría de las veces, un replanteamiento de las relaciones con los amigos, desarrollando adecuadamente una identidad propia que lleve aparejando un respeto mutuo.
- Autocontrol de la impulsividad de la conducta. La mayoría de los menores tienden a apresurarse en sus respuestas frente a los acontecimientos que les surgen, es por ello que se debe enseñar a demorar sus reacciones y detenerse a pensar y considerar las consecuencias de sus acciones y actitudes antes de actuar.

Así mismo, Balda y Miranda (2012) indican diferentes áreas sobre las que hay que intervenir para lograr un desarrollo positivo del adolescente:

- Área de desarrollo personal. Autoestima, autoconcepto, autoeficacia, autocontrol, autonomía personal, iniciativa personal.

- Área cognitiva. Capacidad de análisis crítico, capacidad de pensamiento analítico, creatividad, capacidad de planificación y revisión, capacidad para tomar decisiones.
- Área valores/moral. Compromiso social, responsabilidad, prosocialidad, justicia, igualdad, respeto a la diversidad.
- Área emocional. Empatía, reconocimiento y manejo de las emociones propias y de los demás, tolerancia a la frustración, optimismo y sentido del humor.
- Área social/familiar. Asertividad, habilidades relacionales, habilidades para la resolución de conflictos interpersonales, habilidades comunicativas, intervención con la familia.

3.3.3.- Habilidades Socioemocionales

En 2006 Reuven Bar-On propone un modelo mixto de “Habilidades Socioemocionales”, en donde las define como un segmento de la interrelación entre las competencias emocionales y sociales que impactan en la conducta inteligente; en el cual, ser emocional y socialmente inteligente implica en el ámbito personal, expresarse con eficacia, conocer las propias fortalezas y debilidades, así como afrontar de manera satisfactoria las demandas cotidianas. Respecto al ámbito interpersonal abarca la capacidad de ser consciente de las emociones y las necesidades de los demás cooperar con otros, mantener relaciones constructivas que sean satisfactorias para ambas partes, ser bastante optimistas, positivos y automotivados.

Competencias socioemocionales del modelo de Bar-On:

- Competencias intrapersonales: implican la capacidad de ser autoconsciente y de expresarse. Incluyen la autoestima personal, autoconsciencia emocional, asertividad, independencia y autoactualización.
- Competencias interpersonales: se refieren a la consciencia social y las relaciones entre individuos e implican las siguientes competencias: empatía, responsabilidad social y relaciones interpersonales.
- Manejo del estrés: se involucra el manejo y la regulación emocional, incluye las habilidades de tolerancia al estrés y el control de impulsos.
- Adaptabilidad: se refiere a las habilidades para manejar el cambio. Implica la comprobación de la realidad, la flexibilidad y la solución de problemas.
- Estado anímico general: se relaciona con la capacidad de las personas para automotivarse e incluye el optimismo y la felicidad.

Las habilidades socioemocionales juegan un papel muy importante en el futuro académico, psicológico y social de un individuo, pues permiten que tenga la habilidad para transformar las emociones positivas en oportunidades de aprendizaje y las negativas en posibilidades de crecimiento ante la adversidad (Omar, Paris et al., 2011). Así mismo, proveen al adolescente de la capacidad para desarrollar un autoconcepto positivo, comprender y regular de mejor manera sus emociones, y establecer y negociar con éxito las interacciones con compañeros (CASEL, 2011).

La evidencia empírica relaciona a estas habilidades con mayores niveles de bienestar subjetivo, felicidad, optimismo, satisfacción con la vida y buena salud física

(Omar et al., 2011). Por otro lado, estas se relacionan de manera negativa con problemas de agresividad, conductas disruptivas, ansiedad, depresión, hiperactividad, abuso de sustancias, bullying (Gulay, 2011).

Para explorar el rol de las habilidades socioemocionales en la prevención del abuso de sustancias, Córdova-Alcaraz, Andrade-Palos y colaboradores (2006) realizaron un estudio con 1021 jóvenes mexicanos de 13 a 18 años. Los resultados muestran que las principales características y que mejor distinguen a los no usuarios de los dependientes de drogas son: buen manejo de conflicto en sus relaciones interpersonales, control ante situaciones de riesgo, buen sentido del humor, orientación positiva hacia el futuro, y mayor unión familiar y aceptación de la madre.

En particular el proceso de autorregulación ha demostrado tener un efecto positivo sobre el rendimiento académico. Un estudio realizado por Gaxiola-Romero, González-Lugo y colaboradores (2012), reportó que la autorregulación, es una variable que predice el rendimiento académico en estudiantes mexicanos de preparatoria. De manera similar, Alumran y Punamaki (2008) encontraron que los estudiantes de su muestra que cuentan con mayor inteligencia emocional seleccionan mejor sus estrategias de afrontamiento, tienen menos probabilidades de faltar a clases o de ser expulsados, a la vez que muestran mayor apertura al trabajo en equipo, así como a mejores notas finales.

4.- Propuesta de Intervención

4.1.-Justificación

La población adolescente se sitúa en una condición de vulnerabilidad inherente a la propia etapa del ciclo vital en el sentido fisiológico y neurológico. Además, las condiciones contextuales y sociales a las que se encuentran expuestos los adolescentes en la Ciudad de México, se consideran también, un potencial factor de riesgo para el desarrollo saludable durante esta etapa y las posteriores.

Las conductas de riesgo más visibles, por el hecho de que sus consecuencias van directamente relacionadas con la salud física del adolescente son la sexualidad de riesgo y el consumo de sustancias psicoactivas; sin embargo, existen otras conductas como la violencia, deserción escolar, la realización de actos delictivos o conductas relacionadas con algún padecimiento psicológico como la autoflagelación o trastornos alimentarios; que se procurarán prevenir a través del fortalecimiento de cualidades psicológicas y sociales, que fungen como factores de protección grupales e individuales.

Ante dichas condiciones contextuales, se hace necesaria una intervención psicológica sistematizada cuyo objetivo no sólo sea la prevención de las principales conductas de riesgo manifestadas por los adolescentes, sino que se promuevan estilos de vida saludables a través de la adquisición y el desarrollo de habilidades psicológicas y sociales que fortalezcan los factores protectores y permitan al individuo ampliar sus perspectivas con respecto al autocuidado, mejorar sus relaciones interpersonales, asumir un rol activo en las acciones y transformaciones personales, así como en la importancia

del diseño de un proyecto de vida sano; es decir, desarrollar las capacidades que les permita interactuar exitosamente con su ambiente biológico, físico y social.

El tipo de intervención propuesta es primaria, universal y formativa ya que pretende evitar o retrasar la aparición de patologías o conductas de riesgo, y está dirigida a la población adolescente estudiante en general, es decir, no se centra únicamente en los adolescentes en mayor estado de vulnerabilidad, si no que se trabaja con grupos completos con la finalidad de promover habilidades sociales que permitan la creación de redes de apoyo como factor de protección.

Asimismo, la intervención cumple con un propósito educativo, pues busca aumentar la calidad y cantidad de información con la finalidad de utilizar estos conocimientos como un factor de protección, persigue el desarrollo de capacidades y habilidades básicas en la población que disminuyan la vulnerabilidad. También apunta a la reducción de riesgos, pues hay que ser conscientes de que varios de los factores de riesgo están fuera de las posibilidades de ser erradicados por una intervención psicológica, por lo que se busca, al menos, minimizar sus consecuencias negativas.

La intervención está situada en el contexto escolar debido a que esto implica incidir de manera directa en la cotidianidad de los adolescentes, además de que se pretende fortalecer el sentido de comunidad para maximizar los factores de protección, tratando también de involucrar a los maestros y tutores en la búsqueda de una transformación positiva en el ambiente escolar para los adolescentes.

4.2.- Objetivo

Fortalecer estrategias y habilidades psicológicas y sociales que favorezcan los factores de protección en los estudiantes.

4.2.1.- Objetivos Específicos

Promover el autocuidado y la prevención como factor protector en el adolescente.

Fomentar relaciones interpersonales favorables para el desarrollo psicosocial de los adolescentes.

Prevenir el consumo de sustancias psicoactivas, prácticas sexuales de riesgo y la naturalización de la violencia.

4.3.- Descripción del Taller

El taller “Fortaleciendo al Adolescente” está conformado por nueve sesiones de 90 minutos de duración, una vez a la semana. Durante el taller se llevarán a cabo diversas actividades pedagógicas enfocadas a promover el autoconocimiento, el autocuidado y relaciones interpersonales saludables. La dinámica del taller debe fomentar una comunicación horizontal, es decir, evitar la jerarquización de los participantes, de tal forma que la suma de las opiniones expuestas, nos permitan acercarnos con mayor precisión a las condiciones en las que se desenvuelven los jóvenes, entender mejor sus recursos y áreas de oportunidad y buscar soluciones reales desde nuestras posibilidades. En complemento al debate y la reflexión grupal, se realizarán actividades vivenciales relacionadas con las temáticas del taller, buscando generar experiencias significativas para los adolescentes.

4.3.1.- Población

El taller está dirigido a grupos de adolescentes estudiantes de secundaria y para el 1° grado de bachillerato.

4.3.2.- Facilitadores

El taller será impartido por psicólogos o pedagogos previamente capacitados en los temas del taller. Se requiere un facilitador titular, quien llevará a cabo las actividades y exposiciones, y un facilitador de apoyo quien complemente información, apoye con el control de grupo, materiales, actividades y como observador.

4.3.3.- Escenario

El taller se llevará a cabo en el salón de clases correspondiente a cada grupo, esto con la finalidad de poner en práctica las diferentes estrategias de convivencia con los compañeros con los que más interactúan cotidianamente. Las bancas deben estar acomodadas en semicírculo con orientación hacia el pizarrón, evitando que los estudiantes se den la espalda entre ellos. Es importante la presencia y participación del profesor o profesora del grupo, ya que se busca reforzar la participación activa de los integrantes de la sociedad en la construcción de una red social más segura para los adolescentes.

4.3.4.- Evaluación

Para evaluar el impacto del taller en los adolescentes se aplicará el Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA) de Lucio, Barcelata y Durán (2010), antes y después del mismo, con la intención de tener una descripción de diversas dimensiones del

ambiente del adolescente, y evaluar la presencia de indicadores de riesgo de conductas problemáticas (Anexo 1). Asimismo, se aplicará un cuestionario en donde los adolescentes evalúen los temas del taller, las actividades realizadas, su utilidad para la vida diaria y el desempeño de los facilitadores (Anexo 2).

El Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA) se desarrolló con el fin de contar con un instrumento válido y confiable que fuera un auxiliar en la evaluación de problemas psicológicos tanto en términos de detección temprana de factores de riesgo en la vida del adolescente, como de la identificación de problemas emocionales. Se desarrolló para ser útil básicamente en el ámbito clínico, pero también en el educativo, así como en el proceso de intervención primaria y secundaria.

El Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA) consta de 168 reactivos de elección forzosa (SI-NO), que permite evaluar de manera confiable cinco dimensiones o áreas de la vida del adolescente: familiar, personal, social, salud y escolar. Está diseñado para adolescentes de 13 a 18 años, tiene una versión para adolescentes de secundaria y una para adolescentes de preparatoria; su duración de aplicación es de 30 minutos y puede ser colectiva o individual.

Para evaluar la confiabilidad del inventario, se llevó a cabo un análisis de la consistencia interna de la prueba a través de la obtención de coeficientes Alpha de Cronbach para toda prueba así como para cada una de sus dimensiones; el coeficiente de confiabilidad total fue de .90; además se aplicó el método test-retest para revalorar la confiabilidad del inventario. En cuanto a la validez del inventario, se aplicaron varios

métodos para verificar varios tipos o dimensiones de la misma; uno de ellos fue el método de jueces, también se utilizó la obtención de índices de kappa entre evaluadores (Lucio, Barcelata & Durán, 2010).

4.3.5.- Contenido Temático

Durante el taller se abordarán los siguientes temas:

1. Presentación y pre evaluación.
2. Adolescencia, identidad y autoconocimiento.
3. Identificación y manejo de emociones.
4. Empatía, comunicación asertiva y relaciones interpersonales.
5. Género, sororidad y fraternidad.
6. Sexualidad adolescente.
7. Consumo de sustancias psicoactivas.
8. Factores de protección y proyecto de vida.
9. Post evaluación y cierre.

En la carta descriptiva se especifica el nombre de cada sesión, sus objetivos, además del procedimiento de cada una de las actividades, así como su duración y los materiales necesarios para su realización.

4.3.6.- Cartas descriptivas

| Sesión 1 | | Objetivos: |
|---|---|---|
| Tema: | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Presentación y pre evaluación | | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar la presentación entre estudiantes y facilitadores. • Establecer <i>rapport</i> entre los participantes. • Establecer acuerdos de convivencia. • Describir los objetivos, temáticas y actividades contenidos en el taller. • Aplicar el cuestionario de pre evaluación. |
| Actividad | Descripción | Materiales |
| Presentación (10 min.) | <ul style="list-style-type: none"> • Los facilitadores se presentarán ante el grupo, indicarán sus nombres, profesión, el objetivo general del taller y pasarán la lista de asistencia. • Se solicitará a los estudiantes realizar un pequeño gafete personalizado con su nombre para portarlo durante el taller. | <ul style="list-style-type: none"> • Lista de asistencia. • Tarjetas bibliográficas. • Plumones de colores. |

| | | |
|--|---|--|
| <p>Acuerdos de convivencia (10 min.)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Se solicitará al grupo acomodar las bancas en forma de semicírculo explicando que de ésta manera se podrá establecer una interacción horizontal entre los participantes. • Se elaborarán de manera colectiva los acuerdos de convivencia que regirán el taller, partiendo del respeto, la tolerancia y confidencialidad como ejes centrales. Los acuerdos se escribirán en una cartulina con la finalidad de tenerlos presentes en las sesiones posteriores. | <ul style="list-style-type: none"> • Cartulina. • Plumones de colores. |
|--|---|--|

| | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <p>Mezcla de frutas (25 min.)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Se asignará a cada estudiante una de cinco frutas posibles para identificarse. • Posteriormente se pedirá a uno o varios grupos de frutas que se cambien de lugar, ej; las fresas y los plátanos intercambien lugares. • El último participante en tomar su asiento, tendrá que compartir con el grupo su nombre, como le gusta que le digan, así como tres cosas que le agraden y tres que le desagraden. | |
| <p>Pre evaluación (35 min.)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Los facilitadores repartirán el formato de pre evaluación y explicarán al grupo que el cuestionario es anónimo y confidencial, | <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de evaluación. |

| | | |
|---|---|---|
| Sesión 2 | | Objetivos: |
| Tema: | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Adolescencia identidad y autoconocimiento | | <ul style="list-style-type: none"> • Construir colectivamente el concepto: Adolescencia. • Identificar los elementos con los que se identifican los adolescentes. • Realizar cuestionario de autoconocimiento (Anexo 3). |
| Actividad | Descripción | Materiales |
| Inicio (10 min.) | <ul style="list-style-type: none"> • Se pedirán participaciones orales para recordar lo realizado la sesión previa; mientras tanto se pasará la lista de asistencia. | <ul style="list-style-type: none"> • Lista de asistencia. |

| | | |
|---|--|--|
| <p>¿Qué es ser adolescente? (35 min.)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Se realizará una lluvia de ideas respondiendo a la pregunta: ¿Qué es ser adolescente?, tomando en cuenta los aspectos físicos, emocionales y sociales que conlleva este periodo del ciclo vital. La información expuesta por los estudiantes deberá ser complementada por los facilitadores en caso de ser necesario. • Se dividirá al grupo en 4 equipos y se entregará a cada uno un papel kraft grande en donde se les pedirá que hagan el dibujo de un adolescente para posteriormente describirlo al grupo. • Después de la explicación de todos los equipos, se reflexionará sobre los elementos comunes, las problemáticas y los aspectos positivos que aparecen. | <ul style="list-style-type: none"> • Papel kraft. • Plumones de colores. |
|---|--|--|

| | | |
|---|--|---|
| <p>Construyendo mi identidad (35 min.)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Los facilitadores explicarán los conceptos de identidad y sentido de pertenencia. • Posteriormente, se pedirá a los estudiantes que formen equipos libremente para realizar una presentación que incluirá: nombre del equipo, un eslogan, una explicación de qué los distingue de otros equipos y que pueden aportar como equipo para mejorar al resto del grupo. | <ul style="list-style-type: none"> • Papel kraft. • Plumones de colores. |
| <p>Cuestionario de autoconocimiento (10 min.)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Los facilitadores explicarán brevemente que es el autoconocimiento y para qué sirve, y repartirá un cuestionario para que cada estudiante lo resuelva y reflexione sobre sus respuestas. | <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de autoconocimiento (ver anexo 3). |

| | | |
|--|---|---|
| Sesión 3 | | Objetivos: |
| Tema: | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Identificación y manejo de emociones | | <ul style="list-style-type: none"> • Definir qué son las emociones y para qué sirven. • Reflexionar sobre la importancia de la identificación y el manejo de emociones como factor protector. • Identificar las emociones desde la atención plena. |
| Actividad | Descripción | Materiales |
| Recapitulación (10 min.) | <ul style="list-style-type: none"> • Se pedirán participaciones orales para recordar lo realizado la sesión previa; mientras tanto se pasará la lista de asistencia. | <ul style="list-style-type: none"> • Lista de asistencia. |
| ¿Qué son las emociones? (10 min.) | <ul style="list-style-type: none"> • Los facilitadores explicarán que son y para qué sirven las emociones y se reflexionará de manera grupal sobre sus causas, cómo identificarlas y cómo reaccionamos ante ellas. | |
| Semáforo de las emociones (30 min.) | <ul style="list-style-type: none"> • Se dibujará un semáforo en el pizarrón y se preguntará a los adolescentes sobre alguna situación que les genere alegría, enojo, miedo o tristeza. • El participante explicará que conducta suele realizar ante dicha | <ul style="list-style-type: none"> • Dibujo de semáforo. • Plumones. |

| | | |
|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • emoción y la escribirá a un lado del color de semáforo a la que corresponda en función al riesgo que representa para su salud; el color verde indica que la conducta es segura, el amarillo que hay que tener precaución y el rojo que es una conducta de riesgo. • Se reflexionará sobre las posibles consecuencias de la falta de manejo de emociones y la importancia del mismo como factor protector. | |
| <p>Identificando mis emociones (30 min.)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Se pedirá a los adolescentes que cierren sus ojos y se sienten en una posición cómoda, con las manos sobre sus piernas y la espalda recta. Posteriormente se realizarán respiraciones profundas y se pedirá a los participantes que se concentren exclusivamente en ellas. • Una vez que la atención esté enfocada en la respiración, se pedirá a los estudiantes que recuerden alguna situación que les | |

| | | |
|---|--|--|
| | <p>haya generado enojo, para que posteriormente, desde la atención plena, identifiquen los pensamientos y las sensaciones, que dicha emoción generen en su cuerpo. Se remarcará la importancia de dejar ir esos pensamientos y sensaciones apoyándonos en la respiración profunda.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se repetirá el proceso con situaciones que provoquen miedo, tristeza y alegría. | |
| <p>¿Qué hago con mis emociones? (10 min.)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Se retomará la reflexión acerca de cómo solemos reaccionar ante las diferentes emociones que tenemos y si dichas acciones representan un factor de riesgo o protección. • Se realizará un debate con el objetivo de proponer alternativas saludables para expresar nuestras emociones de forma segura. | |

| | | |
|---|---|--|
| Sesión 4 | | Objetivos: |
| Tema: | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Empatía, comunicación asertiva y relaciones interpersonales | | <ul style="list-style-type: none"> • Definir empatía y comunicación asertiva y discutir su importancia para mantener relaciones interpersonales saludables. • Identificar los tipos de violencia a los que se encuentran expuestos los adolescentes. • Poner en práctica la empatía y la comunicación asertiva. |
| Actividad | Descripción | Materiales |
| Recapitulación (10 min.) | <ul style="list-style-type: none"> • Se pedirán participaciones orales para recordar lo realizado la sesión previa; mientras tanto se pasará la lista de asistencia. | <ul style="list-style-type: none"> • Lista de asistencia. |

| | | |
|--|---|--|
| <p>Yo tengo tu problema (30 min.).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Se explicará brevemente el concepto de empatía. • Se pedirá a los estudiantes que por escrito expliquen, con el máximo número de detalles, un conflicto que hayan tenido con otra persona y que puedan compartir con el grupo, anotando su nombre en la parte final del escrito. • Se entregarán los escritos a los facilitadores para repartirlos de manera aleatoria en el grupo. Cada participante leerá cuidadosamente el conflicto descrito por su compañero. • Se pedirán 5 participaciones en donde el estudiante exponga grupalmente el conflicto que le tocó leer como si fuera uno propio, detallando cómo lo hizo sentir y explicando la solución a dicho evento. • Se compartirá brevemente, cuáles fueron las sensaciones al ponerse en el lugar del | <ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas. • Pluma o lápiz. |
|--|---|--|

| | | |
|--|---|--|
| | <p>otro, al sentir que otro se puso en el lugar de uno mismo y las reflexiones generales sobre la actividad.</p> | |
| <p>Comunicándome asertivamente (40 min.)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Se explicará brevemente la diferencia entre agresividad, pasividad y asertividad en la comunicación interpersonal. • Se dividirá al grupo en 4 equipos y a cada uno se le dará una situación de conflicto en donde se busquen soluciones utilizando la comunicación asertiva. • Cada equipo hará una pequeña representación del conflicto y cómo lograron solucionarlo. | |
| <p>Tipos de violencia (10 min.)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Se reflexionará y debatirá sobre cuáles son los diferentes tipos de violencia que conocemos y cuáles son las mejores alternativas para evitarlos. | |

| | | |
|---|---|---|
| Sesión 5 | | Objetivos: |
| Tema: | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Género, sororidad y fraternidad | | <ul style="list-style-type: none"> • Distinguir entre sexo y género. • Reflexionar y cuestionar los estereotipos de género. • Definir y entender los conceptos de sororidad y fraternidad. |
| Actividad | Descripción | Materiales |
| Recapitulación (10 min.) | <ul style="list-style-type: none"> • Se pedirán participaciones orales para recordar lo realizado la sesión previa; mientras tanto se pasará la lista de asistencia. | <ul style="list-style-type: none"> • Lista de asistencia. |
| El extraterrestre (15 min.) | <ul style="list-style-type: none"> • El facilitador fingirá ser un ser de otro planeta y que desconoce quienes habitan la tierra, por lo que pedirá ayuda al grupo para saber quiénes son los hombres y las mujeres y cuáles son las características que los distinguen. • Posteriormente se explicará la diferencia entre las características que definen el género (sociales) y las que definen al sexo (fisiológicas). | |

| | | |
|-----------------------------|--|---|
| <p>La silueta (30 min.)</p> | <ul style="list-style-type: none">• En un papel kraft grande se dibujará la silueta de una mujer y de un hombre del grupo.• Dentro de la silueta se escribirán los rasgos o características que debe tener una mujer u hombre según los estereotipos de género y fuera de la silueta se escribirán los rasgos que no son característicos de cada sexo según la sociedad.• Se debatirá sobre si se está de acuerdo o no con dichos estereotipos y se propondrán alternativas para cambiarlos. | <ul style="list-style-type: none">• Papel kraft |
|-----------------------------|--|---|

| | | |
|---|--|--|
| <p>Círculos de hermandad (35 min.).</p> | <ul style="list-style-type: none">• Se explicarán los conceptos: sororidad y fraternidad.• Se realizarán dos círculos, uno de mujeres y uno de hombres, en cada círculo uno de sus integrantes pasará al centro del mismo y compartirá en voz alta una característica de su persona que lo hace sentir inseguro ante las personas de su mismo sexo y una característica que lo haga sentir cómodo. Posteriormente cada integrante del círculo deberá decir un aspecto positivo de la persona que se encuentra en el centro con la finalidad de disminuir la competencia y reforzar el compañerismo. | |
|---|--|--|

| | | |
|---|---|--|
| Sesión 6 | | Objetivos: |
| Tema: | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Sexualidad y noviazgo adolescente | | <ul style="list-style-type: none"> • Definir identidad sexual y diversidad sexual. • Identificar las posibles consecuencias de ejercer prácticas sexuales de riesgo. • Discutir los elementos que periten ejercer una sexualidad protegida. • Identificar los tipos de violencia en el noviazgo. |
| Actividad | Descripción | Materiales |
| Recapitulación (10 min.) | <ul style="list-style-type: none"> • Se pedirán participaciones orales para recordar lo realizado la sesión previa; mientras tanto se pasará la lista de asistencia. | <ul style="list-style-type: none"> • Lista de asistencia. |

| | | |
|-----------------------------|--|--|
| <p>El cartero (20 min.)</p> | <ul style="list-style-type: none">• El cartero, interpretado por el facilitador, dirá alguna característica que compartan varios compañeros, por ejemplo quien vista un suéter verde o quien guste de la pizza; todos los compañeros que compartan dicha característica se cambiarán de lugar, para que el último en tomar un asiento, reciba un sobre que contendrá una pregunta sobre sexualidad adolescente (Infecciones de Transmisión Sexual, métodos anticonceptivos, Interrupción Legal del Embarazo, diversidad sexual).• En caso de que la respuesta no sea correcta, se pedirá la participación de un par de compañeros o el facilitador intervendrá para corregir o complementar la información expuesta por el grupo. | |
|-----------------------------|--|--|

| | | |
|--|---|---|
| <p>La fiesta de las firmas (20 min.)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • A cada estudiante se le repartirá una hoja y un plumón, a algunos, se les entregará también un acetato y se les pedirá que en 5 minutos recolecten la mayor cantidad de firmas posibles, en su hoja o sobre el acetato según sea el caso, se pedirá a un par de estudiantes que eviten firmar o que firmen su hoja. • Posteriormente se explicará que la hoja de firmas representa su historial sexual, es decir, cada firma equivale a una relación sexual; también se explicará que los acetatos, representan un método anticonceptivo de barrera y que aquellos que no tienen firmas representan la abstinencia como método preventivo de ITS. • Se reflexionará sobre los riesgos de contraer ITS o embarazos no planeados. | <ul style="list-style-type: none"> • Papel kraft |
|--|---|---|

| | | |
|------------------------------|---|--|
| <p>La pañalera (20 min.)</p> | <ul style="list-style-type: none">• Formar equipos de 4 integrantes y pedirles una lista de productos que debe de tener una pañalera, así como otros productos necesarios para la crianza y el cuidado de un bebé y se hará un estimado del total de los gastos realizados para cubrir todas las necesidades del bebé.• Se reflexionará grupalmente sobre los costos económicos, sociales, físicos y académicos de tener un hijo cuando se es adolescente. | |
|------------------------------|---|--|

| | | |
|---|---|---|
| <p>Violentómetro del amor (20 min.)</p> | <ul style="list-style-type: none">• Se llevará un termómetro con escala de 1 a 10 que indicará el nivel de violencia (1 = menos violencia, 10 = más violencia) de alguna conducta comúnmente practicada en las relaciones de pareja.• Se entregará a los participantes un ejemplo de violencia de pareja por ejemplo, insultos, golpes o celos escrito en una tarjeta que tendrán que ubicar en el nivel del violenciómetro que crean correspondiente.• Se debatirá sobre nuestra percepción de la violencia, la naturalización de la misma y formas de prevenirla. | <ul style="list-style-type: none">• |
|---|---|---|

| | | |
|--|---|---|
| Sesión 7 | | Objetivos: |
| Tema: | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Consumo de sustancias psicoactivas | | <ul style="list-style-type: none"> • Definir que son las sustancias psicoactivas y cuál es su clasificación. • Sensibilizar al grupo sobre las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas. • Identificar alternativas saludables para la recreación y socialización adolescente. |
| Actividad | Descripción | Materiales |
| Recapitulación (10 min.) | <ul style="list-style-type: none"> • Se pedirán participaciones orales para recordar lo realizado la sesión previa; mientras tanto se pasará la lista de asistencia. | <ul style="list-style-type: none"> • Lista de asistencia. |

| | | |
|--|--|--|
| <p>Mitos y realidades: el debate (30 min.)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • El facilitador explicará brevemente que son las sustancias psicoactivas, cuál es su clasificación y cuáles son los tipos de consumo. • Se elegirán a dos participantes y se les dirá una frase con respecto al consumo de sustancias, por ejemplo: “la marihuana no causa adicción”. • Cada participante deberá elegir un punto de vista para defender argumentativamente en un pequeño debate. • Al escuchar los argumentos, el resto del grupo fungirá como jurado para determinar si la frase es un mito o una realidad. | <ul style="list-style-type: none"> • Lista de mitos y realidades sobre las sustancias psicoactivas. |
|--|--|--|

| | | |
|---|---|---|
| <p>El tablero de las sustancias (25 min.)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • En una hoja grande de papel kraft se escribirán diversas sustancias psicoactivas. • Se dividirá al grupo en 4 equipos, y se formularán preguntas relacionadas con lo revisado durante el taller. • Al equipo que conteste acertadamente, se le dará una tarjeta con síntomas físicos o psicológicos y deberán emparejarlo con la sustancia correspondiente en el “tablero de las sustancias”. | <ul style="list-style-type: none"> • Hojas con situaciones de conflicto. |
|---|---|---|

| | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <p>Planeando mi fiesta (25 min).</p> | <ul style="list-style-type: none">• Se discutirá brevemente cuáles son las principales causas por las que los adolescentes inician el consumo de sustancias psicoactivas.• Se mantendrán los 4 equipos de la actividad anterior, y cada uno, deberá planear una fiesta o reunión en donde se fomente la diversión saludable y se evite el consumo de sustancias.• El evento incluirá actividades, alimentos, bebidas, lugar en dónde se realiza. | |
|--------------------------------------|--|--|

| | | |
|---|---|--|
| Sesión 8 | | Objetivos: |
| Tema: | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Factores de protección y proyecto de vida | | <ul style="list-style-type: none"> • Definir que son los factores de protección. • Reconocer la importancia de la autoestima y las redes de apoyo como factores de protección. • Identificar los elementos que componen el proyecto de vida. • Reflexionar sobre el propio proyecto de vida. |
| Actividad | Descripción | Materiales |
| Recapitulación (10 min.) | <ul style="list-style-type: none"> • Se pedirán participaciones orales para recordar lo realizado la sesión previa; mientras tanto se pasará la lista de asistencia. | <ul style="list-style-type: none"> • Lista de asistencia. |

| | | |
|---|--|--|
| <p>El sobre de la amistad (35 min.)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Se repartirá a cada estudiante una hoja y un sobre. • Cada participante deberá escribir en la hoja 3 cosas de sí mismo que lo hagan sentir especial, 3 cosas que les gusta hacer y 3 cosas que les gustaría cambiar de sí mismos; pondrán la carta en el sobre y lo cerrarán. • Ya con el sobre cerrado, escribirán su nombre en él y lo pasarán hacia la derecha, el compañero que lo reciba, deberá escribir tres cualidades que le agraden de la persona dueña del sobre y lo volverá a pasar a la derecha hasta que llegue a su dueño original. • Se dará tiempo a los participantes de leer las cualidades que escribieron sobre ellos y se pedirá que compartan voluntariamente cómo se sintieron al leer lo que escribieron sus compañeros de grupo. | <ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas. • Pluma o lápiz. |
|---|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Se reflexionará sobre la importancia de la autoestima y de las redes de apoyo como factores de protección. | |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| <p>El juego de la vida (45 min.)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Se explicará qué es un proyecto de vida y cuáles son los elementos que lo componen. • Se repartirá un tablero impreso en donde los participantes deberán escribir 3 de sus principales objetivos de vida para cumplir en un lapso de 10 años, así como las acciones y logros intermedios que deben realizar para llegar a dichos objetivos. Cada uno de estos logros intermedios estará ubicado en una casilla del tablero (10 casillas en total). • Por su parte, el facilitador tendrá una bolsa que contendrá varias situaciones a las que podríamos estar expuestos a lo largo de la vida, cada una de ellas tiene consecuencias que nos acercan o alejan de nuestro proyecto de vida, en este caso, las consecuencias están representadas por el número de casillas que se avanzan o retroceden en el tablero de la vida. Por | <ul style="list-style-type: none"> • Hojas con el tablero de la vida (ver anexo 4). • Bolsa con las situaciones de vida. |
|--|--|--|

| | | |
|--|---|--|
| | <p>ejemplo; embarazo no deseado: -3, beca en el extranjero +3.</p> <ul style="list-style-type: none">• Cada participante sacará un papelito de la bolsa, lo leerá en voz alta y avanzará o retrocederá según su suerte. El juego termina cuando se llega a la meta.• Se reflexionará colectivamente sobre las consecuencias de nuestros actos y decisiones presentes en el futuro y se reconocerá la importancia del proyecto de vida como factor de protección en los adolescentes. | |
|--|---|--|

| | | | |
|--|---|--|--|
| Sesión 9 | | Objetivos: | |
| Tema: | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Post evaluación y cierre | | <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar cuestionarios de evaluación. • Identificar los conocimientos adquiridos relevantes durante el taller. | |
| Actividad | Descripción | Materiales | |
| Recapitulación (10 min.) | <ul style="list-style-type: none"> • Se pedirán participaciones orales para recordar lo realizado la sesión previa; mientras tanto se pasará la lista de asistencia. | <ul style="list-style-type: none"> • Lista de asistencia. | |
| Cuestionario de evaluación. (40 min.) | <ul style="list-style-type: none"> • Los facilitadores repartirán los formatos de evaluación del taller y explicarán al grupo que el cuestionario es anónimo y confidencial, y que su función es evaluar al taller y no a los estudiantes. | <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionarios de evaluación. | |
| El Mural (30 min.) | <ul style="list-style-type: none"> • Se pegará una hoja grande de papel kraft, en dónde los participantes podrán plasmar libremente, respetando los acuerdos de convivencia, qué les dejó el taller. | <ul style="list-style-type: none"> • Papel kraft. • Plumones de colores. | |

| | | |
|-----------------------|--|---|
| Despedida. (10 mins.) | <ul style="list-style-type: none">• Se hará una reflexión colectiva sobre lo aprendido durante el taller, así como su importancia en nuestra vida cotidiana.• Se repartirá a los adolescentes una lista de instituciones especializadas a las que pueden recurrir en caso de necesitar orientación o algún tipo de atención relacionada con los temas revisados en el taller. | <ul style="list-style-type: none">• Lista de instituciones. |
|-----------------------|--|---|

Conclusiones

La adolescencia en México representa una de las poblaciones más vulnerables en cuanto al cuidado de la salud y calidad de vida. Aunado a los cambios fisiológicos y psicológicos inherentes a esta etapa del ciclo vital, el adolescente mexicano se enfrenta a una gran cantidad de factores de riesgo distribuidos en diferentes ámbitos de su contexto social. Se ha demostrado que las conductas de riesgo más comunes para los adolescentes, suelen estar relacionadas a elementos sociales como el abandono, la exposición a violencia, al consumo de drogas, abuso sexual, pobreza o deserción escolar. A esto podemos añadir que un porcentaje elevado de la población adolescente requiere atención o tratamiento psicológico y no lo recibe.

Las consecuencias más visibles de este contexto quedan plasmadas en los estudios que demuestran el incremento significativo en cuanto a casos de adicciones o problemas relacionados con el consumo de sustancias en adolescentes, la cantidad de las mujeres embarazadas menores de los 18 años, el incremento en los casos de infecciones de transmisión sexual o los casos cada vez más frecuentes de suicidios.

Al ser un problema común en diferentes partes del mundo, varias organizaciones, incluida la OMS, han realizado propuestas para prevenir éste tipo de conductas de riesgo y promover un mejor estado de salud para los adolescentes. Algunas de las propuestas más efectivas coinciden en que se realicen intervenciones universales, es decir, enfocadas a la población adolescente en general y no solo a la población más vulnerable; también se propone utilizar el ámbito escolar para realizar la intervención, ya que esto permite

acceder a una mayor cantidad de población, así como el respaldo de un contexto estructurado y que además facilita la integración de otros actores sociales como los maestros o los padres de familia.

Otro punto fundamental en los programas de intervención para prevenir conductas de riesgo y la promoción de la salud es la adquisición y fortalecimiento de habilidades sociales y emocionales como factor de protección. Habilidades para mantener una buena autoestima, aprender a identificar y manejar emociones, empatía, comunicación asertiva, solución de problemas, entre otras, permitirán al adolescente contar con herramientas resilientes para adaptarse de una forma más segura a su contexto social.

La propuesta presentada en este trabajo busca realizar una intervención que reúna éstas características, busca ser universal porque se dirige a estudiantes adolescentes en general, está ubicada en el contexto escolar y está enfocada, principalmente, en fortalecer cualidades socioemocionales que funjan como factor protector.

Una de las principales características del taller presentado, es la aproximación vivencial de las actividades, buscando generar mayor interés en los adolescentes y permitir disminuir las resistencias que puedan existir para la participación de los estudiantes; aunado a esto, se procurará fomentar las reflexiones a partir de las experiencias propias de los participantes con la finalidad de buscar soluciones reales a situaciones reales de la vida cotidiana, además de buscar generar empatía en el grupo. En este sentido, otro elemento central en la propuesta realizada es la de concientizar e

integrar a los participantes en una dinámica de trabajo en equipo, redes de apoyo y sentido de comunidad como elementos fortalecedores de los factores protectores.

En cuanto a las limitaciones y sugerencias del taller propuesto, encontramos que es posible encontrar algunos resultados positivos en cuanto a aparición de conductas relacionadas con las habilidades socioemocionales trabajadas durante el taller y la disminución de algunos factores de riesgo, sin embargo, ante la complejidad de los elementos que componen el contexto adolescente, es probable que los cambios que se presentaron, regresen al estado previo al taller una vez terminado el mismo. Una propuesta para atender esta limitante, es implementar la educación emocional como una asignatura integrante del programa académico, en donde se pueda dar seguimiento y se ejecuten todas las prácticas para el cuidado de la salud física y mental en las actividades cotidianas de los jóvenes estudiantes.

Otra área de oportunidad de la propuesta realizada tiene que ver con la integración de los actores sociales que conforman el entorno adolescente; debemos entender que una transformación que beneficie las condiciones para su bienestar debe producirse de manera colectiva, el taller propone fortalecer lazos de identidad entre los jóvenes y crear mejores canales de comunicación con los profesores, sin embargo, es imperativo también realizar talleres paralelos con los padres o tutores con la finalidad de un mejor entendimiento entre ellos, implementar elementos que permitan una comunicación más asertiva, fortalecer la idea de la familia como red de apoyo y la práctica de una identificación y manejo de emociones que favorezca un entorno familiar saludable.

A nivel estructural, podemos observar que, si bien es cierto, existen algunos programas que se dedican a la prevención de riesgo y a la promoción de la salud en adolescentes, éstos suelen ser campañas temporales, que en ocasiones se encuentran muy limitadas debido a la falta de recursos y organización por parte de las autoridades. También se observa que mucho del trabajo realizado en esta área, proviene de instituciones educativas y funge más como prácticas o como capacitación para los estudiantes que las aplican, que como un programa estructurado para mejorar las condiciones de los participantes a quienes van dirigidas. Por esto se insiste en una reestructuración del contenido educativo a nivel básico y medio en donde se atienda de manera profesional al cuidado de la salud emocional como una prioridad evidenciada en las estadísticas arrojadas por las propias instituciones gubernamentales. Dicha estructura deberá poner atención en el seguimiento de los adolescentes durante su trayectoria escolar, proveerlos de información y acceso a instituciones de salud, proveer de atención personalizada a los casos que lo requieran y la capacitación y profesionalización de los psicólogos, pedagogos y profesores que intervengan en esta tarea.

Es importante recalcar que las propuestas de intervención deberán tener cierto grado de flexibilidad para poder adecuar las actividades o enfatizar algún tema en función a las necesidades específicas de cada población, sin alterar los objetivos originales del taller; para ello, se prestará especial atención en la retroalimentación de los participantes, reflejado en los cuestionarios de evaluación y a las participaciones manifestadas en las sesiones del taller.

Se espera que el taller impacte en el corto plazo en la interacción de los estudiantes mediante la implementación de formas de comunicación asertiva, respetuosa e inclusiva; en suma, se busca que mediante la reflexión, se identifiquen comportamientos desfavorecedores que están naturalizados para cuestionarlos y evitarlos. Por otro lado, se busca facilitar a los estudiantes estrategias de autocuidado y salud mental aplicables a la vida diaria y a sus necesidades, que ejerzan como factores de protección y prevención.

Anexos

Anexo 1: Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA).

MP
86-2

Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA) Secundaria

Emilia Lucio Gómez-Maqueo, Blanca Estela Barcelata Eguiarte y Consuelo Durán Patiño



Cuadernillo de aplicación

INSTRUCCIONES

Este cuestionario investiga algunos datos sociodemográficos, familiares y personales. Por favor lee cuidadosamente cada pregunta o enunciado y contesta con la verdad. No hay respuestas buenas ni malas, por tanto, no te preocupes por calificaciones. **NO DEJES NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER**, si tienes alguna duda, con toda confianza pregúntanos y con mucho gusto te orientaremos.

La información que proporciones será confidencial.

Agradecemos tu participación.

De vuelta a la hoja hasta que se le indique

| En casa me suceden cosas como: | | Sí | No |
|--|--|-----------|-----------|
| 1. | Me gusta vivir en mi casa | | |
| 2. | Tengo un buen espacio para estudiar | | |
| 3. | Me siento bien adaptado a mi ambiente familiar | | |
| 4. | Comento mis problemas con mis familiares | | |
| 5. | Me esfuerzo por comprender los problemas de mi familia (tíos, primos, abuelos, etc.) | | |
| 6. | Tengo privacidad en mi casa | | |
| 7. | En general me llevo bien con los miembros de mi familia | | |
| 8. | Mis padres esperan mucho de mí | | |
| 9. | Platico mis decisiones con mis padres | | |
| 10. | En mi casa mi(s) hermano(s) me molesta(n) | | |
| 11. | En mi familia hay pleitos constantes entre mis hermanos y yo | | |
| 12. | Cuando mi(s) hermano(s) y yo peleamos llegamos a la violencia física | | |
| 13. | Cuando mi(s) hermano(s) y yo peleamos gritamos o nos insultamos | | |
| 14. | En mi familia hay pleitos constantes entre hermanos | | |
| En mi familia: | | Sí | No |
| 15. | Las decisiones las toma mi papá | | |
| 16. | Las reglas (horarios, tareas, permisos, etc.) las pone mi papá | | |
| 17. | Las decisiones las toma mi mamá | | |
| 18. | Las reglas (horarios, tareas, permisos, etc.) las pone mi mamá | | |
| En mi familia, las relaciones por lo regular son: | | Sí | No |
| 19. | Indiferentes | | |
| 20. | De apoyo | | |
| 21. | Frías | | |
| Cuando mis padres se pelean: | | Sí | No |
| 22. | Se dejan de hablar por varios días | | |
| 23. | Alguno se va de la casa por un tiempo | | |
| 24. | Amenazan con divorciarse | | |
| 25. | Gritan o se insultan | | |
| Generalmente mis padres desapruaban: | | Sí | No |
| 26. | Mi forma de vestir | | |
| 27. | A mis amigos(as) | | |
| 28. | La música que oigo | | |
| 29. | A mi novio(a) | | |
| 30. | Mis citas con muchachos(as) | | |

| En mi familia suceden cosas como éstas: | | Sí | No |
|--|---|-----------|-----------|
| 31. | Mi madre tiene problemas emocionales | | |
| 32. | Mi padre tiene problemas emocionales | | |
| 33. | En general mis padres o padrastros son estrictos | | |
| 34. | En mi familia hay pleitos constantes | | |
| 35. | En mi familia las relaciones son tensas | | |
| 36. | En mi familia hay pleitos constantes entre mis padres | | |
| 37. | Mi madre tiene problemas con drogas | | |
| 38. | Mi hermano tiene problemas emocionales | | |
| 39. | Mis padres a veces me dan permisos y a veces no | | |
| 40. | Mi padre tiene problemas con el alcohol | | |
| 41. | Mi padre está enfermo | | |
| 42. | Mi madre está enferma | | |
| 43. | Mis padres nunca están en casa | | |
| 44. | En mi familia no hay reglas (horarios, tareas, permisos, etc.) | | |
| 45. | Acostumbro a convivir más: con nadie | | |
| En mis relaciones sociales generalmente: | | Sí | No |
| 46. | Me alejo de la gente | | |
| 47. | Me siento abandonado(a) por mis amigos | | |
| 48. | Se me dificulta hacer amigos | | |
| 49. | Mis amigos se aprovechan de mí | | |
| 50. | Me adapto a mis compañeros | | |
| 51. | Tengo con quien compartir intereses | | |
| 52. | Tengo amigos inseparables | | |
| 53. | Me llevo bien con otras personas | | |
| En la escuela FRECUENTEMENTE me suceden cosas como: | | Sí | No |
| 54. | Tengo dificultades de aprendizaje (distracción, falta de comprensión, etc.) | | |
| 55. | Tengo malos hábitos de estudio | | |
| 56. | Bajas calificaciones | | |
| 57. | Estoy en la escuela inadecuada para mí | | |
| 58. | Me siento fuera de lugar | | |
| 59. | Me aburre la escuela | | |
| 60. | Falta de interés de los maestros por sus alumnos | | |

Nota: Este cuadernillo está impreso en morado. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

| En la escuela FRECUENTEMENTE me suceden cosas como: | | Sí | No |
|--|---|-----------|-----------|
| 61. | Me llevo bien con otros estudiantes | | |
| 62. | Me llevo bien con mis maestros | | |
| 63. | Me gusta la escuela | | |
| 64. | Tengo reportes de mala conducta | | |
| 65. | Tengo problemas con profesores | | |
| 66. | He repetido año | | |
| 67. | He tenido exámenes extraordinarios | | |
| 68. | Materias reprobadas | | |
| Mis características son: | | Sí | No |
| 69. | Me siento incómodo(a) y torpe | | |
| 70. | Me siento inferior | | |
| 71. | Mi autoestima es baja | | |
| 72. | Quiero fugarme de mi casa | | |
| 73. | Siento que las personas están en mi contra | | |
| 74. | Me siento impopular | | |
| 75. | Me siento inmaduro(a) | | |
| 76. | Soy tímido(a) | | |
| 77. | Soy temeroso(a) de las cosas que me pasan | | |
| 78. | Me siento nervioso(a) | | |
| 79. | Desconfío de los demás | | |
| 80. | Me siento criticado(a) por otros | | |
| 81. | Mis planes a futuro a corto plazo son trabajar | | |
| 82. | Mis planes a futuro a corto plazo son casarme | | |
| 83. | Mis planes a futuro a corto plazo son continuar una carrera universitaria | | |
| 84. | Soy capaz de relajarme | | |
| 85. | Soy creativo(a) | | |
| 86. | Soy hábil para algunas cosas | | |
| 87. | Soy inteligente | | |
| 88. | Soy independiente | | |
| 89. | Lloro por cualquier cosa | | |
| 90. | Soy demasiado sentimental | | |
| 91. | Parezco demasiado joven o viejo(a) | | |
| 92. | Soy demasiado alto(a) o bajo(a) | | |

| Mis características son: | | Sí | No | |
|-------------------------------------|--|-----------|-----------|--|
| 93. | Tengo problemas de concentración | | | |
| 94. | Soy muy desordenado(a) con mis cosas personales | | | |
| 95. | No tengo planes | | | |
| 96. | No me gusto | | | |
| Mis hábitos son: | | Sí | No | |
| 97. | Cuando fumo lo hago con amigos | | | |
| 98. | Cuando fumo lo hago en fiestas | | | |
| 99. | Cuando fumo lo hago en la escuela | | | |
| 100. | Fumo desde secundaria | | | |
| 101. | Cuando fumo lo hago en la casa | | | |
| 102. | Cuando bebo regularmente lo hago en fiestas | | | |
| 103. | Tomo bebidas alcohólicas desde secundaria | | | |
| 104. | Cuando bebo regularmente lo hago con amigos | | | |
| 105. | Consumo alcohol cada mes | | | |
| 106. | Cuando bebo regularmente lo hago en la casa | | | |
| 107. | He consumido alguna sustancia (marihuana, cocaína, cemento, anfetaminas, tacha, éxtasis, etc.) alguna vez | | | |
| 108. | He consumido alguna sustancia (marihuana, cocaína, cemento, anfetaminas tacha, éxtasis, etc.) desde secundaria | | | |
| 109. | He consumido alguna sustancia (marihuana, cocaína, cemento, anfetaminas, tacha, éxtasis, etc.) con mis amigos | | | |
| Mi salud se caracteriza por: | | Sí | No | |
| 110. | Tengo mareos | | | |
| 111. | Tengo problemas estomacales | | | |
| 112. | Me falta tiempo para relajarme | | | |
| 113. | Tengo problemas emocionales | | | |
| 114. | Frecuentemente sufro de dolores de cabeza | | | |
| 115. | Sufro de insomnio | | | |
| 116. | Tengo problemas para dormir | | | |
| 117. | Frecuentemente tengo que tomar medicinas | | | |
| 118. | Paso por largos periodos de enfermedad | | | |
| 119. | Tengo problemas para respirar | | | |

Nota: Este cuadernillo está impreso en morado. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

| Otros de mis hábitos son: | | Sí | No |
|---------------------------|---|----|----|
| 120. | Nunca he tomado | | |
| 121. | Nunca he fumado | | |
| 122. | Tomo bebidas alcohólicas desde primaria | | |
| 123. | Fumo desde primaria | | |
| 124. | Como demasiado | | |
| 125. | Tengo malos hábitos alimenticios | | |
| 126. | Paso mucho tiempo en los videojuegos | | |
| 127. | Veo demasiada TV | | |
| 128. | Tengo buen apetito | | |
| 129. | Hago suficiente ejercicio | | |

| | | Sí | No |
|---|-----------------------------|----|----|
| Vivo con: | | | |
| 130. | Mi padre | | |
| 131. | Mi madre | | |
| 132. | Mis abuelos | | |
| 133. | Mis hermanos | | |
| 134. | Mis tíos | | |
| 135. | Mi(s) medio(as) hermano(as) | | |
| 136. | Mi madrastra | | |
| 137. | Mi padrastro | | |
| 138. | Mis hermanastros(as) | | |
| El número de mis hermanos es: | | Sí | No |
| 139. | Ninguno | | |
| 140. | Uno | | |
| 141. | Dos | | |
| 142. | Tres | | |
| 143. | Cuatro | | |
| 144. | Cinco o más | | |
| El lugar que ocupó entre mis hermanos es: | | Sí | No |
| 145. | El mayor | | |
| 146. | El de en medio | | |
| 147. | El menor | | |
| Acostumbro a convivir más con: | | Sí | No |
| 148. | Mis padres | | |
| 149. | Mi(s) hermano(as) | | |
| 150. | Mis abuelos | | |
| 151. | Mis tíos | | |
| 152. | Mis primos | | |
| 153. | Mis amigos | | |
| 154. | Mi novio(a) | | |
| Por lo regular la escuela a la que he asistido es: | | Sí | No |
| 155. | Pública | | |
| 156. | Privada | | |
| 157. | Educación especial | | |
| 158. | Militarizada | | |
| 159. | Internado | | |
| 160. | Medio internado | | |
| 161. | De religiosas o religiosos | | |
| 162. | De sistema abierto | | |

Nota: Este cuadernillo está impreso en morado. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA) Preparatoria

Emilia Lucio Gómez-Maqueo, Blanca Estela Barcelata Eguiarte y Consuelo Durán Patiño



Cuadernillo de aplicación

INSTRUCCIONES

Este cuestionario investiga algunos datos sociodemográficos, familiares y personales. Por favor lee cuidadosamente cada pregunta o enunciado y contesta con la verdad. No hay respuestas buenas ni malas, por tanto, no te preocupes por calificaciones. **NO DEJES NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER**, si tienes alguna duda, con toda confianza pregúntanos y con mucho gusto te orientaremos.

La información que proporcionas será confidencial.

Agradecemos tu participación.

De vuelta a la hoja hasta que se le indique



| En casa me suceden cosas como: | | Si | No |
|--|---|-----------|-----------|
| 1. | Tengo un buen espacio para estudiar | | |
| 2. | Tengo privacidad en mi casa | | |
| 3. | Me gusta vivir en mi casa | | |
| 4. | Me siento bien adaptado a mi ambiente familiar | | |
| 5. | En general me llevo bien con los miembros de mi familia (tíos, primos, abuelos, etc.) | | |
| 6. | Me esfuerzo por comprender los problemas de mi familia | | |
| 7. | Mis padres esperan mucho de mí | | |
| 8. | Comento mis problemas con mis familiares | | |
| En mi familia, las relaciones por lo regular son: | | Si | No |
| 9. | Frías | | |
| 10. | De apoyo | | |
| 11. | Indiferentes | | |
| 12. | Tensas | | |
| 13. | Hay pleitos constantes entre mis padres | | |
| 14. | Hay pleitos constantes entre toda la familia | | |
| 15. | Hay pleitos constantes entre mis hermanos y yo | | |
| 16. | Hay pleitos constantes entre mis hermanos | | |
| 17. | Hay preferencia por uno de mis hermanos | | |
| En mi familia suceden cosas como éstas: | | Si | No |
| 18. | Mi padre tiene problemas emocionales | | |
| 19. | Mi madre tiene problemas emocionales | | |
| 20. | Mi hermano tiene problemas emocionales | | |
| 21. | Platico mis decisiones con mis padres | | |
| 22. | Trato de pasar el mayor tiempo posible fuera de casa | | |
| 23. | Tengo problemas que escondo a mis padres | | |
| 24. | Mis padres nunca están en casa | | |
| 25. | Mis padres desaprueban a mi novio | | |
| 26. | Mis padres desaprueban mis citas con muchachos | | |
| 27. | Mis padres desaprueban a mis amigos | | |
| 28. | Cuando mis padres se pelean, amenazan con divorciarse | | |
| 29. | Cuando mis padres se pelean, alguno se va de la casa por un tiempo | | |
| 30. | Cuando mis padres pelean se gritan e insultan | | |

| En mi familia suceden cosas como éstas: | | Sí | No |
|---|--|-----------|-----------|
| 31. | En mi familia las reglas las pone mi papá | | |
| 32. | En mi familia las decisiones las toma mi papá | | |
| 33. | Cuando mis hermanos y yo peleamos llegamos a la violencia física | | |
| 34. | Cuando mis hermanos y yo peleamos gritamos o nos insultamos | | |
| 35. | Mis hermanos me molestan | | |
| 36. | En mi familia las decisiones importantes las toma mi mamá | | |
| 37. | En mi familia las reglas las pone mi mamá | | |
| 38. | Mis padres desaprueban la música que oigo | | |
| 39. | Mis padres desaprueban mi forma de vestir o mi apariencia | | |
| 40. | Cuando mis hermanos y yo peleamos nos dejamos de hablar | | |
| 41. | Cuando mis padres se pelean se dejan de hablar | | |
| 42. | En general mis padres son estrictos | | |
| 43. | En mi familia las relaciones por lo general son sobreprotectoras | | |
| 44. | Mis padres a veces me dan permisos, a veces no | | |
| 45. | Mi padre está enfermo | | |
| 46. | Mi madre está enferma | | |
| 47. | Acostumbro a convivir más: con nadie | | |
| 48. | En mi familia no hay reglas | | |
| En mis relaciones sociales generalmente: | | Sí | No |
| 49. | Me alejo de la gente | | |
| 50. | Me siento abandonado(a) por mis amigos | | |
| 51. | Se me dificulta hacer amigos | | |
| 52. | Mis amigos se aprovechan de mí | | |
| 53. | Me adapto a mis compañeros | | |
| 54. | Tengo con quien compartir intereses | | |
| 55. | Tengo amigos inseparables | | |
| 56. | Me llevo bien con otras personas | | |

Nota: Este cuadernillo está impreso en morado. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

| En la escuela FRECUENTEMENTE me suceden cosas como: | | Sí | No | |
|--|---|-----------|-----------|--|
| 57. | Tengo dificultades de aprendizaje (distracción, falta de comprensión, etc.) | | | |
| 58. | Tengo malos hábitos de estudio | | | |
| 59. | Bajas calificaciones | | | |
| 60. | Estoy en la escuela inadecuada para mí | | | |
| 61. | Me siento fuera de lugar | | | |
| 62. | Me aburre la escuela | | | |
| 63. | Falta de interés de los maestros por sus alumnos | | | |
| 64. | Me llevo bien con otros estudiantes | | | |
| 65. | Me llevo bien con mis maestros | | | |
| 66. | Me gusta la escuela | | | |
| 67. | Tengo reportes de mala conducta | | | |
| 68. | Tengo problemas con profesores | | | |
| 69. | He repetido año | | | |
| 70. | He tenido exámenes extraordinarios | | | |
| 71. | Materias reprobadas | | | |
| Mis características son: | | Sí | No | |
| 72. | Me siento incómodo(a) y torpe | | | |
| 73. | Me siento inferior | | | |
| 74. | Mi autoestima es baja | | | |
| 75. | Quiero fugarme de mi casa | | | |
| 76. | Siento que las personas están en mi contra | | | |
| 77. | Me siento impopular | | | |
| 78. | Me siento inmaduro(a) | | | |
| 79. | Soy tímido(a) | | | |
| 80. | Soy temeroso(a) de las cosas que me pasan | | | |
| 81. | Me siento nervioso(a) | | | |
| 82. | Desconfío de los demás | | | |
| 83. | Me siento criticado por otros | | | |
| 84. | Mis planes a futuro a corto plazo son trabajar | | | |
| 85. | Mis planes a futuro a corto plazo son casarme | | | |
| 86. | Mis planes a futuro a corto plazo son continuar una carrera universitaria | | | |
| 87. | Soy capaz de relajarme | | | |

| Mis características son: | | Sí | No |
|--------------------------|--|----|----|
| 88. | Soy creativo(a) | | |
| 89. | Soy hábil para algunas cosas | | |
| 90. | Soy inteligente | | |
| 91. | Soy independiente | | |
| 92. | Lloro por cualquier cosa | | |
| 93. | Soy demasiado sentimental | | |
| 94. | Parezco demasiado joven o demasiado viejo(a) | | |
| 95. | Soy demasiado alto(a) o demasiado bajo(a) | | |
| 96. | Tengo problemas de concentración | | |
| 97. | Soy muy desordenado con mis cosas personales | | |
| 98. | No tengo planes | | |
| 99. | No me gusto | | |
| Mis hábitos son: | | Sí | No |
| 100. | Cuando fumo lo hago con amigos | | |
| 101. | Cuando fumo lo hago en fiestas | | |
| 102. | Cuando fumo lo hago en la escuela | | |
| 103. | Fumo desde secundaria | | |
| 104. | Cuando fumo lo hago en la casa | | |
| 105. | Cuando bebo regularmente lo hago en fiestas | X | |
| 106. | Tomo bebidas alcohólicas desde secundaria | | X |
| 107. | Cuando bebo regularmente lo hago con amigos | X | |
| 108. | Consumo alcohol cada mes | | X |
| 109. | Cuando bebo regularmente lo hago en la casa | | X |
| 110. | He consumido alguna sustancia (marihuana, cocaína, cemento, anfetaminas, tacha, éxtasis, etc.) alguna vez | | |
| 111. | He consumido alguna sustancia (marihuana, cocaína, cemento, anfetaminas tacha, éxtasis, etc.) desde secundaria | | |
| 112. | He consumido alguna sustancia (marihuana, cocaína, cemento, anfetaminas, tacha, éxtasis, etc.) con mis amigos | | |

Nota: Este cuadernillo está impreso en morado. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

| Vivo con: | | Sí | No |
|---|-----------------------------|-----------|-----------|
| 133. | Mi padre | | |
| 134. | Mi madre | | |
| 135. | Mis abuelos | | |
| 136. | Mis hermanos | | |
| 137. | Mis tíos | | |
| 138. | Mi(s) medio(as) hermano(as) | | |
| 139. | Mi madrastra | | |
| 140. | Mi padrastro | | |
| 141. | Mis hermanastros(as) | | |
| El número de mis hermanos es: | | Sí | No |
| 142. | Ninguno | | |
| 143. | Uno | | |
| 144. | Dos | | |
| 145. | Tres | | |
| 146. | Cuatro | | |
| 147. | Cinco o más | | |
| El lugar que ocupo entre mis hermanos es: | | Sí | No |
| 148. | El mayor | | |
| 149. | El de en medio | | |
| 150. | El menor | | |
| Acostumbro a convivir más con: | | Sí | No |
| 151. | Mis padres | | |
| 152. | Mi (s) hermano (as) | | |
| 153. | Mis abuelos | | |
| 154. | Mis tíos | | |
| 155. | Mis primos | | |
| 156. | Mis amigos | | |
| 157. | Mi novio (a) | | |
| Por lo regular la escuela a la que he asistido es: | | Sí | No |
| 158. | Pública | | |
| 159. | Privada | | |
| 160. | Educación especial | | |
| 161. | Militarizada | | |
| 162. | Internado | | |
| 163. | Medio internado | | |
| 164. | De religiosas o religiosos | | |
| 165. | De sistema abierto | | |

A

Anexo 2: Cuestionario de Evaluación del taller

INSTRUCCIONES: Contesta de manera honesta y anónima el siguiente cuestionario, con la finalidad de mejorar la calidad del taller.

¿Qué te pareció el taller en general?

¿Qué opinas sobre los temas revisados durante el taller?

¿Te resultó útil el contenido del taller y las actividades realizadas? Especifica.

¿Qué te pareció la comunicación y la interacción con los facilitadores?

¿Hubo algo que no te gustó de taller?

¿Qué fue lo que más te gustó del taller?

Cuestionario de Autoconocimiento: ¿Quién soy yo?

INSTRUCCIONES: Toma un momento para reflexionar sobre ti mismo y completa las siguientes frases. IMPORTANTE: El objetivo del ejercicio es que te conozcas mejor, por lo que las respuestas son exclusivamente para ti.

Me siento feliz cuando _____

Me siento muy triste cuando _____

Me siento muy importante cuando _____

Me enojo cuando _____

Un pensamiento que habitualmente tengo es _____

Cuando me enojo, yo _____

Cuando me siento triste, yo _____

Cuando tengo miedo yo _____

Me da miedo cuando _____

Algo que quiero, pero me da miedo pedir es _____

Me siento valiente cuando _____

Hago que algo bien es _____

Más que, nada me gustaría _____

Lo mejor de ser yo es _____

Detesto _____

Necesito _____

Físicamente soy _____

Mis sueños son _____

Referencias

- Aguilera, R. y Salgado, N. (2004) Paternal absence and intentional migration: stressors and compensators associated with mental health of mexican teenagers of rural origin. *Adolescence*, 39 (156), 711-723.
- Alumran, J. y Punamaki, R. (2008) Relationship between gender, age, academic achievement, emotional intelligence, and coping styles en Bahrai adolescents. *Individual Differences Research* 6(2):104-119
- Asociación Mexicana de Investigación Demográfica y Médica y Centro de Orientación para Adolescentes (1986). Encuesta sobre la información sexual y reproductiva de los jóvenes, 1985. AMIDEM, CORA, México.
- Arbex, C. (2002). Guía de intervención: Menores y consumos de drogas. ADES: Madrid.
- Atkin, L. (1998). "Sexualidad y fecundidad adolescente" en A. Langer y K. Tolbert (eds.), *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*, The Population Council, Edamex, México.
- Balda, M y Miranda, M. (2012). Menores vulnerables y consumo de sustancias: detección e intervención. Rioja Salud. España.
- Banderas Rodríguez, C., Martínez Chacón, A. y Romo González, T. (2010). Prevención integral de consumo de alcohol y drogas en estudiantes Sexualidad y fecundidad adolescente *Psicología*, 13(2), 19-33. Recuperado de http://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas_ucatolica/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/view/367
- Barcelata, B. (2015). Adolescentes en riesgo: una mirada a partir de la resiliencia. México. Manual Moderno.
- Barcelata, B. y Lucio, E. (2012). Fuentes de estrés y su influencia en la adaptación psicológica en jóvenes con adversidad económica. *En claves del pensamiento*, 6 (2), 147-163.
- Bar-On, R (2006). The Bar-On Model of Emotional-Social Intelligence. *Psychothema*, 2006. Vol. 18, Suplem.1, pp. 13-25
- Becoña, E. (1999). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 11, N3. pp. 125-146
- Becoña, E. (2007). Bases psicológica de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 28(1) 11-20.
- Benjet, C. Borges, G., Medina-Mora, M., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. y Cruz, C. (2009) Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 31, 155-163.

- Benjet, C. Borges, G., Medina-Mora, M., Zambrano, J. y Aguilar-Gaxiola, S. (2008). Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican adolescents healthy survey. *Journal of child psychology and psychiatry*, 50(4), 386-395. Doi:10.1111/j1469-7610.2008.01962.x.
- Benjet, C. y Borges, G. (2007). Drug use opportunities and the transitions to drug use among adolescents from the Mexico City metropolitan area. *Drug and alcohol dependence*. 90,128-134.
- Biglan, A. (1990). Social and behavior factors associated with high risk sexual behavior among adolescents. *Journal of Behavioral Medicine*, 13, 245-61.
- Boyer, D. & Fine, D. (1992). Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy and child mortality. *The Sociological Quarterly*. 24, 545-59.
- Breakwell, G. (1994). Commitment to safer sex as predictor of condom use among 16-20 years olds. *Journal of Applied Social Psychology*, 24 189-217.
- Calvete, E. y Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: el papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones* 21(1),49-56.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books. (Traducción al castellano: Caplan, G. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós).
- CASEL (2011). What is social and emotional learning (SEL) Recuperado de <http://www.casel.org/social-and-emotional-learning>.
- Cates, W (1990). The epidemiology of sexually transmitted diseases in adolescence. *Adolescence medicine: State of art reviews: AIDS and other sexually transmitted diseases* (pp. 409-27).
- Celis de la Rosa, A (2004) La salud de los adolescentes en cifras. *Salud pública de México*, 45(1)
- CDC (1994). Health risk behavior among adolescents who do and do not attend school. *U.S. morbidity and mortality weekly report*. 43 129-32.
- CDC (1998). Diagnosis and reporting of HIV and AIDS. *U.S. morbidity and mortality weekly report*. 47 309-14.
- CDC (1999). Young people at risk: HIV/AIDS among America's youth.
- CDC (2001). Survey of school based health center initiatives.
- Chandy, J., et al. (1994). Female daughters of alcohol misusers: sexual behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 23 695-709.
- Clayton, R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. Vulnerability to drug abuse (pp. 15-51). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- CONADIC. (2017). Acciones y programas. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/conadic-presenta-guias-preventivas-para-ninos-ninas-adolescentes-padres-y-maestros-108566>.
- CONADIC. (2010). ADICCIONES: Consecuencias a corto y largo plazo asociadas al consumo de sustancias adictivas.

- CONADIC. (2018). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, ENCODAT 2016-2017.
- CONADIC. (2010). Guía para el promotor de “Nueva Vida”
- CONADIC. (2002) Modelo Preventivo Construye tu Vida sin Adicciones. En Modelos preventivos, serie Planeación.
- CONADIC. (2013). Prevención de las Conductas Adictivas a través de la Atención del Comportamiento Infantil para la Crianza Positiva. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/334702/Manual_del_terapeuta._Crianza_Positiva.pdf
- CONADIC (2014). Programa de Prevención para Padres de Adolescentes en Riesgo. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/334703/Programa_de_Prevencao_n_para_Padres_de_Adolescentes_en_Riesgo-5__4_.pdf
- CONADIC (2014). Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/334701/Programa_de_Satisfactores_Cotidianos.pdf
- Consejo Nacional de Población (1996). Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995, Avance de Resultados, CONAPO, México.
- Consejo Nacional de Población (2002). Proyecciones de la Población de México, 2000-20050. CONAPO, México.
- CONEVAL (2013). México.
- Córdova-Alcaraz, A. Andrade-Palos, P. & Rodríguez-Kuri, E. (2006). Características de resiliencia en jóvenes usuarios y no usuarios de drogas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*.
- Donas, S. (2001). Protección, riesgo y vulnerabilidad. En: S. Donas (comp) *Adolescencia y juventud en América latina* (pp. 491-499). Cartago, Costa Rica: Libro universitario regional.
- Dulanto, E (2000). *El adolescente*. México: Asociación Mexicana de Pediatría. México. McGraw Hill.
- Encuesta Nacional de Adicciones (2011). Alcohol. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Secretaría de Salud.
- Encuesta Nacional de Adicciones (2008). México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012). México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Fleiz, C. et al. (1999). “Conducta sexual en estudiantes de la ciudad de México” en *Revista Mexicana de Salud Mental*, vol. 22, núm. 4.
- Gallegos, E., Villarruel, A., Loveland-Cherry, C., Ronos, D., Zhou, Y. (2007). “Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado” *Salud Pública de México*. Recuperado de <https://www.scielosp.org/journal/spm/>

- García, J. (2012). "Prácticas de protección y autocuidado: Taller de salud sexual y reproductiva en adolescentes que habitan zonas de alta marginalidad de la delegación Iztapalapa". Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM.
- García, J. & López-Sánchez, C. (2012). Estrategias de intervención de drogodependencias. Madrid.
- García-Rodríguez. (1989). Prevención de las drogodependencias: prevención específica versus inespecífica. *Adicciones*, 1(2), 121-129.
- Gaxiola-Romero, J., González-Lugo, S. et al. (2012). Predictores del riesgo académico en adolescentes. *Revista de Psicología*.
- George, W. et al. (2006). "Postdrink sexual perception and behaviors toward another person: Alcohol expectancy set and gender differences", *Journal of Sex Research*, vol. 43, núm. 3, agosto, pp.282-291.
- Gittes, E. & Irwin, C. (1993). Sexually transmitted diseases in adolescents. *Pediatrics in Review*, 14 1980-89.
- Gordon, R.S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep.* 98: 107-109
- Gulay, H. (2011). Assessment of the prosocial behaviors of Young children with regard to social development, social skills parental acceptance-rejection and peer relationships. *Journal of instructional psychology*.
- Hein K. et al (1995). Comparison of HIV and HIV- adolescents: risk factors and psychosocial determinants. *Pediatrics*, 95 96-104.
- IAM (2004). Manual de Taller de Sexualidad. Dirección de Educación y Fomento Productivo. Instituto Aguascalentense de las Mujeres.
- IMIFAP (2006). Programa de prevención de VIH para escuelas- México, disponible en <http://www.thedrumbet.org/boletín-salud jóvenes: La iniciativa de Comunicación>, recuperado en abril de 2007.
- INEGI (2010) Censo de población y vivienda 2010.
- INEGI (2014). Encuesta Nacional Demográfica 2014, INEGI, México.
- IPAS (2004). Adolescent Health, disponible en http://www.ipas.org/english/womens_health
- IPPF-RHO-Jóvenes (2000). Boletín Epidemiológico, vol. 21, núm. 3, septiembre.
- Jessor R. y Jessor, S. (1977). Problem behavior and psychosocial developmental: A longitudinal study of youth. San Diego: CA. Academic Press.
- Kirby, D. (1999). "Sexuality and sex education at home and school", *Adolescent Medicine, State of the Art.*, vol. 10 (2), pp. 195-209.
- Kirby, D. (2000). School based interventions to prevent unprotected sex and HIV among adolescents. *Handbook of HIV prevention* (pp 280-287).
- Lucio, E., Barcelata, B., y Durán, C. (2010). Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA). México. Manual Moderno.
- Maddaleno, M., Morello, P. & Infante-Espínola, F. (2013). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: Desafíos para la próxima década. *Salud pública de México* 45(1), 5332-5339.

- Maxwell, A., Bastani, R. & Yan, K. (1995). AIDS risk behaviors and correlates in teenagers attending sexually transmitted disease clinics in Los Angeles. *Genitourinary Medicine*.71, 82-87.
- McWhirter, P., Florenzano, R. & Florenzano, M. (1998). Correlatos psicosociales de las farmacodependencias: resultados de un estudio en Santiago de Chile. *Revista de Psiquiatría* 15(1):10-22.
- Meave S. y Lucio E. (2008) Barreras y estrategias para la investigación en salud sexual: una experiencia con adolescentes. *Revista Mexicana de Investigación Educativa* 13(36,203-222)
- Medina-Mora M, Borges G et al., (2003) Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26 (4)
- Meltzer, C. et al. (2000). A randomized controlled trial of a behavioral intervention to reduce high risk sexual behavior among adolescents in STD clinics. *Behavior therapy*. 31, 27-54.
- Menkes, K. y Suárez, L. (2003) Sexualidad y embarazo adolescente en México. *Papeles de la población*, 35,1-31.
- Mezzich, A. et al. (1997). Substance use and risky sexual behavior in female adolescents. *Drug and alcohol dependence*, 44, 157-66.
- Montero, M. (1984) La psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 16, núm. 3, 1984, pp. 387-400 Fundación Universitaria Konrad Lorenz Bogotá, Colombia
- Mott, F. & Haorin, R. (1988), Linkages between sexual activity and alcohol and drug use among american adolescents. *Family planning perspectives* 20- 128.
- NIDA (1997) Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide. National Institute on Drug Abuse, and National Institutes of Health.
- O'Connell, M. (2009). Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Board on Children, Youth and Families. Washington (DC): National Academies Press (US)
- Omar, A. (2011) un modelo explicativo de resiliencia en jóvenes y adolescentes. *Psicología en estudio*, 26 (2).
- OMS. (1982). "Clasificación de drogas".
- OMS. (2004). "Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de política: informe compendiado".
- OMS. (2011). "Salud mental, un estado de bienestar".
- OMS. (2016). "Infecciones de transmisión sexual.
- Organización Panamericana de la Salud (2001). Por una juventud sin tabaco. Adquisición de habilidades para una vida saludable. Washington.
- Palacios J, Sanchez ,B & Andrade P, (2010).Intento de suicidio y búsqueda de sensaciones en adolescentes. *Revista intercontinental de Psicología y educación*, 12(1), 53-75.

- Patterson, G. R., Chamberlain, P., & Reid, J. D. (1982). A comparative evaluation of a parent training program. *Behavior Therapy*, 13, 638-650
- Pérez, B. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intentos suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. *Salud pública de México*.
- Pérez Corona, G. (2018). "Consumo de drogas en México inicia entre los 12 y 17 años" *Newsweek México*. Desde https://newsweekespanol.com/2018/09/consumo-de-drogas-en-mexico-inicia-entre-los-12-y-los-17-anos/?fbclid=IwAR0sKaaSoF9DhCfZavkzpc4tfrC31fgXPESxyJ7QOEplGd9NQ_zGYf_zwEM#.XMYk345sJRQ.messenger
- Petry, N. (2000). "Gambling problems in substance abusers are associated with increased sexual risk behavior", *Addiction*, vol. 95 (7), pp. 1089-1100.
- Pratt, W., Mosher, W., Bachrach, C. & Horn, M. (1984). Understating U.S. fertility: findings from the national survey of family growth. *Population Bulletin* 39, 1-42.
- Quiroz, N., Villatoro, J. et al. (2007). La familia y el maltrato como factores de riesgo de conducta antisocial. *Salud mental* 30 (4), 47-54.
- Rodrigues, M., Cosentino, S., Rossetto, M., Maia, K., Pautz, M. & Silva, V. (2010) "Talleres educativos en sexualidad del adolescente: la escuela como escenario". *Enferm. glob.* no.20 Murcia oct. 2010. Reduperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000300009&script=sci_arttext&tlng=en
- Rodríguez, A., Sanabria, G., Contreras, M. & Perdomo, B. (2012) "Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios" *Revista Cubana de Salud Pública*. Recuperado de https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0864-34662013000100015&script=sci_arttext&tlng=es
- Rosebaum, E. & Kandel, B. (1990). Early onset adolescent sexual behavior and parents involvement. *Journal of marriage and the family* 52, 783- 98.
- Rotheram-Borus, M., (1989). Barriers to succesful AIDS prevention programs with runaway youth. *Troubled adolescents and HIV infection: Issues, revention and treatment.* (pp. 37-55).
- Rotheram-Borus, M., Gwads, M. (2001). Reductions in HIV risk among runaway youth. Manuscript in preparation. Department of Psychiatry, University of California, Los Angeles, California.
- Ruvalcaba, N., Salazar, J. & Gallegos, J. (2012). Competencias socioemocionales y variabes sociodemográficas asociadas a conductas disociales en adolescentes mexicanos. *Revista CES Psicología*.
- Ruvalcaba, N., Gallegos, J. y Villegas, D. (2013). Las competencias socioemocionales como factor protector antes sintomantología de ansiedad y depresión en adolescentes. *Psicogente*.
- Szasz, I. (1995^a). "Sexualidad y salud reproductiva" en *Demos* 8.

- SEDESOL (2002). Comité técnico para la medición de la pobreza. (2002). Medición de la pobreza. Variantes metodológicas y estimación preliminar. Serie: documentos de investigación. 1. México: Autor
- SEP (2008). 1era encuesta nacional de exclusión, intolerancia y violencia en escuelas públicas de educación media superior.
- Senderowitz, J. (2000). Reproductive health programs for young adults: school-based programs, Washington, DC: Focus in Young Adult Research Series.
- Shutt-Aine, J. y Maddaleno, M. (2003). Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas, Unidad de Salud y Desarrollo de Adolescentes- Organización Panamericana de la Salud.
- SINAVE (2011). Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
- Soriano, A., Ortiz, A. et al (2006). Sistema de reporte de información en drogas. SRID. Resultados y tendencias 1987-2004. Serie estadística en farmacodependencia, tendencias en el área metropolitana. México. CONACYT.
- Soto, L. & Nuño, B. (2009). Asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas y características escolares en bachilleres. Anuario de investigación en adicciones. 10(1) 69-77
- Stiffman, A. et al. (1992). The influence of mental health problems on AIDS related risk behaviors in young adults. The journal of nervous and mental disease, 180, 314-20.
- Strunin, L. & Hingson, R. (1992) Alcohol, drugs and adolescent sexual behavior. International journal of addictions. 27 129-46.
- Tuirán, R. (2012). Encuesta Nacional de la Juventud 2010. Los jóvenes y la educación. SEP.
- UNAIDS/ WHO, (1998 a). AIDS epidemic update, December 1998, Washington DC.
- UNAIDS/ WHO, (1998 c). Statment for wold conference of ministers responsible for youth. Washington DC.
- UNICEF (2011). La adolescencia. México.
- Villatoro J., Medina-Mora M., Fleiz C., Téllez M. et al (2012) Encuesta Nacional de Adicciones 2011: reporte de drogas. Recuperado de <http://www.spps.gob.mx/spps-ena-2011.html>
http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/ena_2011_drogas_ilicitas_.pdf .
- Villatoro, J., Hernández, I. et al (2004). Encuestas Nacionales de Consumo de Drogas de estudiantes III 1991-2003.
- Wagner, F. Gonzalez-Forteza, C. et al. (2003). Oportunidades de exposición al uso de drogas entre estudiantes de secundaria de la Ciudad de México. Salud mental 26(2), 2-32.
- Walters, A. (1999). HIV prevention in Street youth. Journal of adolescent health, 25, 187-98.
- WHO (2005). Child and adolescent mental health policies and plans. World Health Organization.