



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO
A PARTIR DEL MODELO DE HABILIDADES PARA
LA VIDA EN ADOLESCENTES**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO
DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

MODESTO SOLIS ESPINOZA

**DIRECTORA DE TESIS:
DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA**

**COMITÉ:
LIC. REFUGIO DE MA. GLEZ. DE LA VEGA Y AYALA
DRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
MTRA. LAURA SOMARRIBA ROCHA**



México, D.F.

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, la cual me ha brindado múltiples oportunidades para mi desarrollo personal y profesional, incluso mucho antes de haber ingresado a la carrera.

A mi mamá y hermanos, quienes me han brindado siempre apoyo y fortaleza para seguir adelante, cada uno con su única y especial manera de vivir y enseñarme a vivir.

A mi papá que me dejó en casa todo lo necesario para ser una persona de bien y poder hacer grandes cosas.

Y a todos los demás de una lista que no podría terminar, pues han sido muchos en verdad, quienes me han brindado apoyo y herramientas para mi desarrollo, profesores, colegas y amigos, quienes me han aportado mucho, lecciones de vida, sonrisas y palabras que inspiran a seguir en cada meta.

DEDICATORIA

A mi mamá, quien me dio la vida y todo lo necesario, quien me dio una enorme motivación para realizar este trabajo, uno de muchos pasos...

ÍNDICE

- RESUMEN.....	5
- INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO 1. ADOLESCENCIA.....	9
1.1 Definición.....	9
1.2 Adolescencia y Salud.....	10
1.3 Problemáticas de Salud.....	12
CAPÍTULO 2. AUTOCUIDADO.....	15
2.1 Prevención y Promoción de la Salud.....	15
2.2 Salud.....	20
2.3 Autocuidado.....	22
CAPÍTULO 3. HABILIDADES PARA LA VIDA.....	27
3.1 Concepto Habilidades para la vida.....	27
3.2 El modelo.....	28
3.3 Algunos hallazgos.....	29
3.4 Cinco Habilidades para la vida.....	31
CAPÍTULO 4. MÉTODO	39
Objetivos.....	39
Diseño de investigación.....	40
Procedimiento.....	44
CAPÍTULO 5. RESULTADOS.....	66
Triangulación de los resultados.....	92
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	97
Referencias.....	105
Anexos.....	112

RESUMEN

El presente trabajo comienza con una aproximación a lo que es la adolescencia y las conductas de riesgo que en ella aparecen, definiendo qué problemáticas de salud son aquellas que afectan más en dicha etapa, posteriormente se realizó una revisión de prevención y promoción de salud, un análisis de las conceptualizaciones de salud y el autocuidado como una oportunidad de fortalecer el desarrollo de los adolescentes, después se revisa el modelo de Habilidades para la vida como un medio para desarrollar el autocuidado.

A partir del marco de la adolescencia, autocuidado y habilidades para la vida, se desarrolló un taller de 12 sesiones, con una población aproximada de 150 estudiantes de segundo grado de una secundaria del sur poniente de la Ciudad de México.

La metodología del estudio fue mixta, empleándose técnicas cuantitativas y cualitativas para la recolección de datos, a partir de las cuales se comprobó el desarrollo de habilidades para la vida y del estilo de vida, principalmente hubo cambios significativos en las habilidades de Autoconocimiento y Manejo de emociones y, a su vez en 7 de las 10 variables del Estilo de vida, sin embargo surgieron algunos aspectos en las actividades que dan cuenta de factores de riesgo aún presentes en algunas de las variables, dando una mayor complejidad a los resultados mediante la triangulación de los métodos. Se obtuvo una correlación moderadamente significativa entre Habilidades para la vida y Estilo de vida, siendo el Manejo de emociones la habilidad que mantuvo mayor correlación con las variables del Estilo de vida.

Palabras clave: Autocuidado, habilidades para la vida, adolescentes, estilo de vida.

INTRODUCCIÓN

El problema que se aborda en esta investigación son diversas conductas de riesgo que se presentan en la adolescencia, las cuales se originan en dicha etapa o se agravan desde prácticas anteriores; es decir, los estilos de vida de riesgo adoptados en la adolescencia, el inadecuado afrontamiento de las situaciones que deriva en conductas de riesgo, y la necesidad de procurar un desarrollo saludable del adolescente.

La adolescencia en sí, por definición ya implica ciertos sufrimientos, retos y duelos que se elaboran conforme el paso del tiempo, son constantes los cambios, es un paso en el que se define la personalidad, se da la maduración para comenzar la vida adulta, se solucionan o se continúan acarreado conflictos no resueltos de la niñez, es la etapa en que se elevan de forma alarmante problemáticas como los embarazos no planeados y el consumo de sustancias adictivas, se instauran hábitos que determinan la salud o enfermedad en posteriores etapas, es una transición constituida por múltiples riesgos.

Se han tratado de afrontar dichas problemáticas a partir de estrategias diversas, como tutorías, programas de orientación, talleres, pláticas, centros comunitarios de apoyo, actividades recreativas que invitan a jóvenes, y más estrategias con mayor o menor éxito, siendo la mayoría aplicadas u orientadas a intervenir en contextos educativos, como lo son las secundarias y bachilleratos.

El diseño de este proyecto va enfocado a la prevención y la promoción de la salud de manera integral, en diversos aspectos del autocuidado, el estilo de vida y algunas habilidades para la vida.

El autocuidado es un tema que aún no se ha empleado mucho en intervenciones de este tipo y menos en población adolescente, aunque sí son muchas las intervenciones e información que tenderían a favorecer la conducta de autocuidado, aún son pocos los trabajos que lo toman como aspecto central.

La adolescencia es una etapa que se caracteriza por la manifestación de cambios como en la exposición y experimentación de nuevas conductas, inestabilidad en la personali-

dad, el desarrollo del cuerpo, la socialización y una amplia cantidad factores que conforman cierta vulnerabilidad. El autocuidado entonces se puede considerar como una habilidad fundamental en dicha etapa, esto considerando la variedad de conductas que se adoptan como parte del estilo de vida y las consecuencias que esto origina.

Así entonces, se diseñó, implementó y evaluó una propuesta de intervención para encarar las problemáticas antes mencionadas, mediante el enfoque de habilidades para la vida, haciendo uso de técnicas participativas.

La propuesta se puso a prueba mediante la aplicación de un taller de 12 sesiones de 50 minutos cada una, desarrolladas a lo largo de un mes, se evaluó con pre-test y post-test, con técnicas tanto cuantitativas como cualitativas, un Test de habilidades para la vida, un Cuestionario de estilos de vida saludables, entrevistas y diarios de campo.

Los objetivos de esta investigación son promover las habilidades para la vida de los adolescentes, a la vez que su conducta de autocuidado la cual se manifiesta en el estilo de vida que adoptan.

De acuerdo con los objetivos de la presente investigación, se requiere tener claridad sobre los temas centrales que nos competen, los cuales son:

- Adolescencia: Concepto, adolescencia y salud, problemáticas de salud.
- Autocuidado: Prevención y promoción de la Salud, la Salud y Autocuidado.
- Habilidades para la vida: El modelo, 5 habilidades para la vida, la relación entre habilidades para la vida y salud.

Así partiremos de la aproximación a nuestra población objetivo que son los adolescentes, qué es la adolescencia, cuáles son sus principales características, qué problemáticas son las que se suscitan más frecuentemente en dicha etapa, además de un esquema general de esas problemáticas, pues se espera con esta intervención incidir en ellas.

Posteriormente de tener claridad sobre la adolescencia y sus problemáticas, se comentarán algunas características de intervenciones de prevención y promoción de la salud, después hablaremos de algunos conceptos de salud, a partir de ello se comentará qué

es el Autocuidado, elaborando una discusión que permita entrever sus posibilidades como herramienta con el fin de promover la salud de las personas, añadiendo también cuál es su relevancia y su relación con el estilo de vida.

Tras la discusión del concepto de Autocuidado pasaremos a analizar el enfoque de Habilidades para la vida, analizándolo como punto de partida para la promoción del autocuidado, como una primera estrategia con la cual se pretende conseguir los objetivos de investigación. Tras conocer dicho esquema revisaremos la elaboración y aplicación del taller, su desarrollo, los resultados y los análisis correspondientes.

1. ADOLESCENCIA

1.1 DEFINICIÓN

“La adolescencia es la época de la vida entre el momento en que empieza la pubertad y el momento en que se aproxima el estatus de adulto, cuando los jóvenes se preparan para asumir las funciones y responsabilidades de la adultez en su cultura”(Arnet, 2008, p. 4).

De acuerdo con Santrock (2009): es una etapa de transición en el ciclo vital del ser humano, nexa entre la infancia y la edad adulta; cambian las relaciones con los amigos y con los familiares, el concepto que tiene una persona de sí mismo, los intereses y pasatiempos, el aspecto físico, el rol dentro de la sociedad se modifica, es así por los múltiples cambios, tanto continuidad como discontinuidad respecto a la niñez.

De acuerdo con Salom, Moreno y Blázquez (2012) es “una etapa que transcurre de los 10 a los 19 años, en la que se estructuran estrategias preparando al adolescente para llegar a una personalidad madura; su personalidad depende de múltiples factores como aspectos hereditarios, experiencias de la etapa infantil y condiciones sociales, familiares y ambientales, se caracteriza por un conflicto específico del sujeto consigo mismo y con su entorno”(p. 19).

De acuerdo con Griselda Cardozo (2005), la adolescencia no sólo es transición sino que además de ello es un momento de crisis, una desestructuración de la identidad en pos del descubrimiento progresivo de una identidad personal hacia una edad adulta, tal como lo mencionan otros de los autores.

Consiste en una transición de múltiples cambios que depende a su vez de múltiples factores, teniendo como finalidad el desarrollo adecuado para llegar a la adultez. Sin embargo, dentro de la complejidad de los cambios que representa la adolescencia, se viven crisis y también se presentan riesgos y problemáticas propias de la edad, relacionadas íntimamente con esta faceta.

1.2 ADOLESCENCIA Y SALUD

Las conductas de salud del adolescente influyen en la salud del adulto, las investigaciones muestran que precauciones tomadas en la adolescencia pueden ser mejores predictores de las enfermedades después de los 45 años que las conductas de salud del adulto.

Esto significa que los hábitos de salud de las personas cuando son jóvenes o cuando están en la universidad bien pueden determinar las enfermedades crónicas que padecen o de las que finalmente mueren cuando son adultos.

La dieta, especialmente la ingesta de grasa en la dieta y el consumo de proteínas en la adolescencia, pueden también predecir el cáncer en el adulto. Por consiguiente, a pesar de la sensación de invulnerabilidad que experimentan muchos adolescentes, la adolescencia puede ser una etapa altamente vulnerable a diversas conductas inadecuadas de salud que pueden significar causa de problemas futuros en la adultez (Shelley, 2007).

Es importante aprovechar el momento propicio para la enseñanza, las contribuciones para la promoción de la salud consideran las oportunidades educativas para evitar el desarrollo de malos hábitos de salud.

Reconocer el momento propicio para la enseñanza, el momento crucial en el que la persona está dispuesta a modificar una conducta de salud, es de gran importancia en la prevención primaria. La época de la escuela secundaria parecer ser un momento especialmente importante para el desarrollo de varios hábitos relacionados con la salud. Por ejemplo, elección de alimentos, tiempos entre comidas y dietas se comienzan a cristalizar. Existe una ventana de vulnerabilidad para el tabaquismo y el consumo de drogas, cuando se encuentran con estos hábitos entre sus compañeros (Shelley, 2007).

De acuerdo con la OMS (2015) se podría considerar a los adolescentes como un grupo sano, físicamente continúan estando en desarrollo de sus capacidades, sin embargo muchos fallecen de manera prematura, siendo algunas de sus problemáticas más graves: la

salud mental, consumo de sustancias, violencia, traumatismos involuntarios, nutrición, salud sexual y reproductiva y el VIH. Además de que muchas enfermedades que se presentan en fases posteriores de la vida comienzan o se relacionan con hábitos adoptados en la adolescencia.

De acuerdo con Santrock (2009):“la adolescencia implica un momento crítico para la salud, puesto que los estilos de vida adoptados en la adolescencia, llegan a ser decisivos en la salud o enfermedad de la edad adulta, contribuyendo de ese modo a la protección de la salud a lo largo de los años o a la aparición de enfermedades prematuramente” (p. 407).

Otra característica de la adolescencia que influye en la aparición de conductas de riesgo, es la búsqueda de mayor autonomía e independencia, que de acuerdo con Morrison y Bennett (2008), les puede llevar a tomar decisiones de su salud por ellos mismos como el mantenimiento o la instauración de nuevos hábitos, teniendo además mayor influencia de la conducta y creencias de sus pares, no así de padres o tutores quienes se esperaba procuren hábitos saludables.

A pesar de los conocimientos existentes, es intrínseco que durante la juventud se adoptan conductas relacionadas con el medio social de los jóvenes y de la interacción con los iguales; lo que puede implicar la adquisición de estilos de vida poco saludables, incluso conductas de riesgo, entre las que se encuentran el consumo de sustancias nocivas como el alcohol y el tabaco, que si bien son legales, provocan adicción y afectaciones a la salud a corto y largo plazo, además de ser puerta de entrada para otras sustancias (INEGI, 2012).

1. 3 PROBLEMÁTICAS DE SALUD

De acuerdo con las conclusiones reportadas por la Encuesta de consumo de drogas en estudiantes de la Ciudad de México (2012):

Consumo de Alcohol

El 54.6% de los estudiantes de secundaria ha consumido alcohol alguna vez en su vida y un 27.2% lo ha consumido en el último mes. Este consumo es similar en ambos sexos (67.7% hombres y 68.7% mujeres). Con respecto al abuso de alcohol (haber consumido 5 o más copas por ocasión, al menos una vez al mes) en adolescentes de secundaria y bachillerato, la prevalencia es de 22.5% y se presenta de manera similar en hombres (23.9%) y en mujeres (21.1%).

Asimismo, las delegaciones que reportaron mayor abuso de alcohol son: Azcapotzalco (29.9%), Magdalena Contreras (24.3%), Álvaro Obregón (24.2%), Coyoacán y Cuajimalpa (23.7% en ambas) ya que su consumo es mayor al promedio.

En cuanto al consumo de alcohol por edad, el porcentaje de adolescentes de 14 años o menos que ha consumido alcohol alguna vez es de 53.6% y en quienes tienen 18 años o más es de 92.5%. La edad de inicio promedio de consumo de alcohol es de 12.6 años.

Consumo de Drogas

Para el consumo de drogas ilegales y drogas médicas fuera de prescripción, se encontró que al 29.0% de la población le han ofrecido alguna droga regalada y al 11.0% le han intentado vender alguna droga.

A lo largo de los últimos 3 años, la encuesta señala un incremento importante en la prevalencia de consumo de drogas alguna vez, que aumentó de 21.5% a 24.4%. Incremento similar al que se presentó de 2006 a 2009.

Por sexo, el consumo de cualquier droga alguna vez en la vida, es mayor en los hombres (25.7%) en comparación con las mujeres (23.1%). De la población total, el 15.3% es

usuario experimental y el 9.1% es usuario regular (ha usado drogas en más de 5 ocasiones).

Consumo de Tabaco

El consumo de tabaco alguna vez, se presenta en el 41% de los estudiantes y son los hombres quienes reportan un porcentaje significativamente mayor en comparación con las mujeres (42.1% y 39.9% respectivamente). En el consumo de tabaco, un 13.7% de los/as adolescentes que asistieron regularmente a la escuela, lo consumen actualmente., en tanto que el porcentaje para los que no fueron estudiantes durante el año pasado, fue de 28.9%.

Conductas alimentarias de riesgo

Las conductas alimentarias de riesgo (Anorexia y bulimia) mantuvieron porcentajes similares en los hombres entre 2009 y 2012 (4.9% y 4.3%) y en las mujeres incrementó, aunque no significativamente (de 7.5% a 8.8%).

Intento suicida y depresión

En relación al intento suicida, esta conducta disminuyó de manera importante en los estudiantes. En los hombres hubo decremento de 5.9% en 2009 a 4.4% en 2012. Para las mujeres, esos porcentajes van de 16.5% en 2009 a 12.9% en 2012. Sin embargo dichas cifras han variado en anteriores años, siendo la tendencia general el incremento de suicidios en últimas décadas.

En cuanto a la prevalencia de posible depresión, el porcentaje en hombres se mantuvo similar al de 2009 (12.5% y 13.5%) y en las mujeres se incrementó (pasó de 21.6% a 24.7%).

Conducta sexual

El abuso sexual presentó incrementos significativos en ambos sexos. En los hombres aumentó de 8.7% a 9.9% y en las mujeres de 8.6% a 10.7%.

En cuanto al inicio de relaciones sexuales, el porcentaje de hombres que ha iniciado su vida sexual es similar en las dos encuestas (31.2% en 2009 y 32.7% en 2012), en las mujeres, este porcentaje se ha incrementado (18.3% en 2009 y 22.3% en 2012). Por lo que respecta al promedio de edad en que inician su vida sexual, se mantienen similar tanto en hombres (13.9 años en 2009 y 14.2 años en 2012) como en mujeres (14.6 años en 2009 y 14.8 años en 2012). Es importante destacar que los hombres se inician alrededor de medio año antes y en mayor proporción que las mujeres.

Problemas cardiovasculares

En América Latina y el Caribe se ha observado un incremento de la obesidad y otros trastornos con los que se asocia, como diabetes, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares, estos en conjunto causan dos tercios de todas las muertes y menoscaban enormemente los presupuestos destinados a la atención sanitaria, así como la productividad económica y la calidad de vida. Cada vez más opiniones se inclinan a la prevención como solución a dichos problemas que aquejan a nuestra sociedad (Jacoby, 2004).

Como se pudo observar en este capítulo, la adolescencia es una etapa en que convergen complejos factores de riesgo, los cuales pueden afectar el estilo de vida de una persona de forma determinante. Las cifras aquí presentadas son sólo unas cuantas de las que confirman la necesidad de atender la salud y autocuidado en esta etapa.

2. AUTOCUIDADO

La presente investigación se enmarca dentro de intervenciones de prevención y promoción de la salud, por lo cual se requirieron bases conceptuales de las mismas, del mismo modo es necesario revisar diferentes concepciones de la salud, a partir de lo cual se desglosa el término de Autocuidado, el cual nos permite trabajar algunos aspectos importantes de la salud en los adolescentes.

2.1 PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

A partir de la Carta de Ottawa (1986) se define a la promoción de la salud como: proporcionar a los pueblos los medios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre sus condicionantes. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.

La promoción de la salud es cualquier evento, proceso o actividad que facilite la protección o mejora del status de salud de los individuos, grupos, comunidades o poblaciones. Su objetivo es prolongar la vida y mejorar su calidad, incluye intervenciones ambientales como conductuales (Ramírez, 2007).

“Las acciones preventivas se definen como intervenciones orientadas a evitar la aparición de enfermedades específicas, reduciendo su incidencia en las poblaciones. Mientras que la promoción de la salud se define, tradicionalmente, de manera más amplia que prevención, pues se refiere a medidas que no se dirigen a una determinada enfermedad o desorden, pero sirven para aumentar la salud y bienestar generales”(Czeresnia, 1999, p. 5).

Para un desarrollo eficaz en la promoción de la salud se requieren esfuerzos conjuntos entre sectores de salud, asociaciones, organizaciones no gubernamentales y las escuelas, el desarrollo de la población escolar en salud física y mental es fundamental para mejorar la calidad de vida (Ippolito-Shepherd y Cerqueira, 2003).

De acuerdo con Ramírez (2007) se pueden identificar tres aproximaciones sobre las intervenciones en promoción a la salud:

Aproximación del cambio conductual: Tiene como objetivo traer cambios en la conducta individual a través del cambio en la cognición del individuo, proporcionando información acerca de los riesgos y daños para la salud.

Aproximación del empoderamiento: Tiene como objetivo empoderar a los individuos para hacer elecciones saludables mediante técnicas de aprendizaje participativas, el propósito es incrementar el control sobre los ambientes físico, social e interno.

Aproximación de la acción colectiva: Tiene como objetivo mejorar la salud dirigiendo las causas socioeconómicas y ambientales de la salud/enfermedad, el individuo se organiza y actúa colectivamente. El propósito es modificar las estructuras social, económica y física que generan la salud/enfermedad.

La presente investigación considera más que las otras dos, la aproximación del empoderamiento, el cual puede ser definido como el proceso por el cual grupos e individuos incrementan su control sobre sus ambientes físicos, sociales e internos.

Esta aproximación incluye el entrenamiento en asertividad y en habilidades sociales, así como el psicodrama, empleando diferentes técnicas de aprendizaje participativo. Hace énfasis en darse cuenta y en habilidades, con un amplio rango de técnicas psicológicas tales como la reconstrucción cognitiva, el entrenamiento en habilidades y el autocondicionamiento, que ayudan a los individuos a actuar sobre sus intenciones para adoptar conductas saludables. Guarda así una relación bastante cercana con el desarrollo de habilidades para la confrontación de dificultades externas, habilidades para la vida (Ramírez, 2007).

Los programas de prevención y promoción de salud:

De acuerdo con Becoña (2002) es necesario contemplar diversos aspectos en la planeación, implementación y evaluación de los programas preventivos:

La evaluación debe considerarse desde el comienzo de la planeación, puesto que existe una gran cantidad de programas y contenidos, sin embargo la eficacia de algunos no se ha comprobado y en ocasiones, aun realizando las evaluaciones continúan aplicándose estrategias sin impactos significativos.

Debe contemplarse el uso de técnicas de modificación de conducta, las cuales puedan desarrollarse en conjunto con adultos, como los docentes o los padres de familia.

El ámbito educativo es un agente primario de socialización y en ella confluyen alumnos, padres y educadores, lo que lo convierte así en un medio idóneo para la implementación de programas preventivos y de promoción de la salud.

Deben considerarse las influencias paternas, puesto que puede ser difícil de juzgar un comportamiento, si el adolescente lo identifica como un hábito de sus padres, como sucede en el caso de los fumadores y bebedores.

Es importante considerar la etapa de desarrollo de la población estudiada, de acuerdo a lo cual se planean los contenidos y explicaciones, de tal modo que los ejemplos dados y las argumentaciones se aproximan a la realidad de los adolescentes, haciendo mención de cuestiones que les interesan en dicha etapa.

Al respecto de los programas preventivos Mangrulkar (2001) menciona que frecuentemente existe poco espacio para la prevención en el contexto educativo, dado que las instancias educativas se enfocan específicamente en lo académico y en ocasiones, cierran las opciones a los cuidados de la salud en programas de prevención, esto originado por la creencia de que a la escuela no le corresponde ocuparse de ello.

Se deberían de tener presentes los programas de promoción de salud y habilidades para la vida en la agenda pública, generando debate a partir de la importancia de la prevención

(Mangrulkar, 2001) y su congruencia actualmente, cuando los más graves problemas sanitarios que aquejan al país son, si no totalmente, parcialmente prevenibles, tales los casos de la obesidad, la hipertensión arterial y otras complicaciones cardiovasculares.

Al tratarse de promoción de salud basada en habilidades Pedrowicz, Artagaveytia y Bonetti (2006) sugieren cuidar algunos aspectos en las intervenciones:

Una cuestión fundamental es la distancia con el otro, debe de tenerse en cuenta los límites que construyen la relación, la regulan y la llenan de afectividad necesaria, los estímulos motivadores de la participación adolescente, las técnicas que se emplean, la construcción de climas favorecedores del intercambio grupal y el uso de preguntas que promuevan ese intercambio.

Aunque se empleen técnicas eficaces, si no existen lazos afectivos entre el adulto y los adolescentes, la actividad no contará con la participación ni con el entusiasmo de éstos.

Dar respuestas evasivas o ajenas al sentir de los adolescentes, lo que provocan es desencuentro, limitando las posibilidades de intercambio.

En la educación para la salud a grupos; el objetivo debiera ser que los estudiantes aprendan y potencien los recursos y habilidades personales que les permitan un mejor manejo de las emociones, toma de decisiones, actitudes, valores, creencias, relaciones interpersonales, habilidades sociales, comunicación y manejo de conflictos (Garrote y Del Cojo, 2011).

En diversas investigaciones se reporta además la necesidad de incluir en los programas preventivos a los adultos, ya sea como facilitadores de habilidades y conocimientos, ó como modelos para los estudiantes.

Con respecto a la sexualidad, se ha reportado que los docentes tienen en su mayoría una posición conservadora frente a los programas de educación sexual, por lo que se sugiere capacitación a los mismos, facilitándoles así herramientas para proporcionar una mejor atención a los estudiantes y sus inquietudes (Mantilla, Hakspiel, Rincón, Smith y Hernández, 2012), no atender adecuadamente algunos temas de sexualidad puede propiciar problemáticas como la discriminación a la diversidad sexual.

Garrote y Del Cojo (2011) señalan que para realizar programas de actividades de educación para la salud de grupos, lo primero que se debe hacer es detectar las necesidades de la población, buscando su colaboración y confianza, además conociendo más la situación de partida se pueden planear actividades y objetivos más adecuados.

De acuerdo con Quesada (2011) el medio ambiente escolar saludable no solo es necesario en cuanto a su contribución al desarrollo del estado de salud del joven, sino que interviene también en el aprendizaje de hábitos y comportamientos favorables. Que la intervención sea grupal y se aborden aspectos de convivencia, por lo tanto promueven los estilos de vida saludable, directamente a partir de la enseñanza de las habilidades, e indirectamente a partir del mejoramiento del medio ambiente escolar.

Arco y Fernández (2002) describen una serie de críticas al respecto de las intervenciones en prevención, argumentando las razones por las cuales varios de los programas no logran ser efectivos:

En torno a las diferencias individuales, generalmente los programas se diseñan para una población completa ignorando las diferencias particulares, existen historias muy diversas en una sola aula, por lo cual se sugerirían tratamientos individualizados más allá de la prevención universal. Es constante el fallo al no alcanzar los grupos de alto riesgo, pues a pesar de detectar sus necesidades rara vez se hacen esfuerzos por incluirlos en los programas.

Los programas con más probabilidad de éxito son aquellos que incorporan varios niveles de influencia, por lo que se puede apuntar más bien a intervenciones globales y con seguimiento, no específicos como suelen ser varios de los programas.

2. 2 SALUD

Eva Jungman (2007) afirma que a lo largo del tiempo ha cambiado constantemente el modelo y conceptualización de la salud: La salud, una cuestión mágico-religiosa, la salud como una cuestión científica, la salud como un estado “alcanzable”, y la salud como un proceso vital permanente, el cual podría considerarse como el más novedoso.

En la década del 90, a partir de los aportes de la biología molecular y la teoría de la complejidad, entre otros, la salud comienza a ser interpretada como un proceso vital, complejo y dinámico, atravesado, además por la biología y la genética, por el medio ambiente y la historia social, cultural y antropológica.

Esta nueva visión permitió superar la idea de salud como un ideal y, por ende, la de una educación para la salud sostenida en formatos puristas, independientes del contexto socio-cultural y ambiental de las personas.

Es a partir de esta última conceptualización que surge la necesidad de fortalecer al individuo como protagonista activo y necesario del cuidado de su propia salud y del medio ambiente.

Las transformaciones del concepto de salud se hacen evidentes considerando sus definiciones más influyentes: Uno de los principales conceptos de salud fue proporcionado por la Organización Mundial de la Salud (1947): un estado de bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad o dolencia.

Definición que a pesar de su tiempo de existencia, hasta la fecha sigue vigente y utilizándose en diversos contextos, debido a la perspectiva integral que conlleva, pero con la

crítica de cómo considerar el bienestar que pareciera ser más bien un constructo subjetivo, dependiente de la percepción de cada individuo, además de otras limitaciones que conlleva al tomar en cuenta diferentes perspectivas de la salud; salud social, salud mental, salud ambiental, etc.

Dadas las limitaciones del concepto tomaremos en consideración para la presente investigación un concepto propuesto por Machteld Huber y colaboradores (2011): La Salud es la habilidad para adaptarse y gestionarse al contexto, definición que implicaría más que un bienestar subjetivo sin importar las características del individuo, la adaptación a las propias condiciones y al contexto con el que se convive.

Dicha conceptualización de la salud, a pesar de su sencillez coincide con los fines de esta investigación, puesto que se parte de la idea de que los individuos requieren el fortalecimiento de sus habilidades independientemente de las condiciones de su ambiente, las habilidades sirviendo para desarrollarse de forma plena y adaptarse satisfactoriamente. Este último concepto de salud otorga mayor responsabilidad al individuo hacia su propia salud y posibilidades.

A partir de la nueva conceptualización de la salud cobra mayor importancia el complejo proceso vital de los individuos, por lo que se ha empleado en recientes años el concepto de estilo de vida: los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida (Wong, 2012).

De acuerdo con Leonardo Reynoso Erazo e Isaac Seligson Nisenbaum (2005) se ha establecido un vínculo entre las enfermedades y el estilo de vida de los individuos, siendo el estilo de vida uno de los factores más importantes que influyen en la salud, se han hallado en recientes décadas cada vez más relaciones estrechas entre las conductas cotidianas y la aparición de enfermedades.

La intervención de los psicólogos con el objetivo de influir sobre estilos de vida, debe ir siguiendo la lógica de los niveles de prevención, elaborando programas generales de

prevención y además programas que específicamente influyan en los factores desencadenantes de la enfermedad. Dentro de las opciones está proveer de información sobre salud y por otro lado, el fomentar estilos de vida saludable a partir de diversas estrategias, dentro de las cuales se ha notado gran eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales, que procuran cambios conductuales que repercuten en una mejor salud (Reynoso y Seligson, 2005).

La salud depende del equilibrio físico, psicológico, social y cultural, por lo cual se insiste cada vez más en la necesidad e importancia de favorecer cambios en nuestro estilo de vida que promuevan la salud, y en la potenciación de asumir la responsabilidad de nuestra propia salud a través de la formación y la educación para la salud (Perea, 2011).

2.3 AUTOCUIDADO

A través de nuevas intervenciones y conceptos de salud es que el Autocuidado podría merecer mayor atención, dado que por sus características guarda congruencia con las necesidades actuales, además de tener una relación más directa con el estilo de vida, concepto en torno del cual se basan también una gran cantidad de investigaciones.

De acuerdo con la OMS (1998) “el autocuidado se refiere a todo aquello que las personas hacen por sí mismas con el propósito de restablecer y preservar la salud o prevenir y tratar las enfermedades” (p.4).

De acuerdo con Ofelia Tobón (2003):

“El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son “destrezas” aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por

libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece” (p.3).

Entre las prácticas para el autocuidado se encuentra la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano: alimentación balanceada y adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física, el uso responsable de medicamentos, seguimiento para prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto, entre otras (Tobón, 2003).

Según Marialcira Quintero (1994) el autocuidado es una conducta que se aprende y surge de la combinación de experiencias cognoscitivas y sociales. Una persona puede convertirse en su propio agente de autocuidado por sí misma o con ayuda de otros, por lo que los profesionales de salud debieran ser facilitadores de dicho proceso.

Debido a su gran potencial para influir de manera positiva sobre la forma de vivir de las personas, el autocuidado se constituye en una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad (Tobón, 2003).

Existen ciertos factores determinantes del autocuidado, los cuales se dividen en internos y externos, los primeros son a los que daremos mayor importancia puesto que dependen directamente de la persona, mientras que los externos corresponden a determinantes de tipo cultural, político, ambiental, económico, familiar y social, los cuales son fundamentales en la promoción de la salud, sin embargo y en congruencia con el modelo de habilidades para la vida, en esta investigación se concentró el trabajo en los factores internos o personales; los conocimientos, la voluntad, las actitudes y los hábitos.

El autocuidado parte de una racionalidad y de una subjetividad que atraviesa diversas esferas del ser humano. No desconoce la compleja historia de vida que acompaña a cada persona a través de la cual ha socializado sus afectos, desafectos, intereses, opciones dentro de relaciones en donde el conflicto y la contradicción hacen parte de la cotidianidad de la vida en que ella transcurre. Lograr impactar sobre el estilo de vida, implica la toma de conciencia de las personas sobre el compromiso y responsabilidad que se tiene en el cuidado de su propia salud, permitiendo el desbloqueo de nuestras corazas corporales, depresión, neurosis, malos hábitos alimentarios que afectan la salud de los escolares y el desarrollo de nuestro potencial como seres humanos (Vesga y Leyva, 1999).

Principios para el autocuidado:

- El auto cuidado es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones. Por lo tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma.
- El auto cuidado implica una responsabilidad individual y una filosofía de vida ligada a las experiencias cotidianas de la vida.
- El auto cuidado se apoya en un sistema formal como es el de la salud e informal, con el apoyo social.
- El auto cuidado tiene un carácter social, puesto que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber y da lugar a interrelaciones.
- Al realizar las prácticas de auto cuidado, ya sea con fines protectores o preventivos, las personas siempre las desarrollan con la certeza de que mejorarán su nivel de salud.
- Para que haya auto cuidado se requiere cierto grado de desarrollo personal, mediado por un permanente fortalecimiento del auto concepto, el autocontrol, la autoestima, auto aceptación, y la resiliencia.

De acuerdo con una investigación de autocuidado como formación integral en universitarios (Escobar, Franco y Duque, 2011) se sugieren como competencias básicas para el cuidado de la salud: la autoconciencia, la cognición, la afectividad, la motricidad y la sociocultural. Además señalan la importancia del actuar académico de los docentes como ejemplo para los estudiantes, pues los estudiantes consideran a los profesores como seres humanos íntegros que deben aportar al desarrollo de la sociedad (Escobar et al. 2011).

Algunos autores afirman a partir de sus investigaciones que al elaborarse comparaciones entre grupos, aquellos que consideran sentirse satisfechos con sus prácticas de cuidado, presentan prácticas más saludables que aquellos que refieren estar insatisfechos, es decir, es consistente la percepción de autocuidado con las prácticas que se realizan procurando salud (Escobar y Pico, 2013; Ramírez, 2004).

Autocuidado y Estilo de Vida

Es importante delimitar algunos conceptos que podrían prestarse a confusión, como es el caso de Autocuidado y Estilo de Vida, que si bien, de manera observable se podrían registrar de misma forma y sin diferencia alguna, en esencia el concepto apunta a cosas diferentes, ni uno ni otro concepto se bloquean pero sí abarcan cuestiones similares.

Por un lado el Estilo de Vida hace referencia estrictamente a las prácticas cotidianas, en las cuales se enmarcan también prácticas de cuidado, y por otro lado, el Autocuidado implica destrezas y habilidad de ser uno mismo el propio agente de salud, expresándose en el Estilo de vida, pero enfatizando los procesos y responsabilidad del individuo.

El Autocuidado promueve principalmente el empoderamiento y responsabilidad del individuo hacia su salud, a través de lo cual busca y mantiene un estilo de vida saludable.

Al hablar de Estilo de vida se hace referencia a muchas prácticas, sin embargo el Autocuidado pareciera concretarse más en la intencionalidad del sujeto, por adquirir y desarrollar prácticas que le permitan adaptarse. En congruencia con ello este proyecto abordó

habilidades que pudieran facilitar la práctica de autocuidado, no en sí las determinantes aisladas e información del estilo de vida.

El Autocuidado es una herramienta clave para el desarrollo de los adolescentes, fortaleciendo sus habilidades para un desarrollo óptimo y saludable, es una estrategia que se enmarca en intervenciones actuales y, para su misma ejecución se puede emplear como medio el enfoque de habilidades para la vida, propiciando las habilidades que facilitarán el Autocuidado en adolescentes.

3. HABILIDADES PARA LA VIDA

El enfoque de habilidades para la vida se enmarca dentro de las intervenciones en materia de salud de las últimas décadas, se han realizado múltiples intervenciones basadas en dicho modelo, y es por ello que aquí revisamos algunas de sus características, su relación con la salud y específicamente algunas de las habilidades que consideramos para el presente trabajo.

3.1 CONCEPTO

Las habilidades para vivir son aquellas aptitudes necesarias para tener un comportamiento adecuado y positivo que nos permita enfrentar eficazmente las exigencias y retos de la vida diaria (OMS, 1993).

“Se entiende por habilidades de vida (life skills) la utilización de comportamientos apropiados para la resolución de problemas relacionados con asuntos personales, familiares, de tiempo libre, de la comunidad y del trabajo. Un programa de desarrollo de las habilidades de vida pretende proporcionar la competencia necesaria para la solución de este tipo de problemas” (Bisquerra, 2010, p. 286).

En forma más específica, Habilidades para la vida son un grupo de competencias psicosociales y habilidades interpersonales que ayudan a las personas a tomar decisiones bien informadas, comunicarse de manera efectiva y asertiva, y desarrollar destrezas para enfrentar situaciones y solucionar conflictos, contribuyendo a una vida saludable y productiva. Las Habilidades para la vida pueden aplicarse en el terreno de las acciones personales, en la interacción con las demás personas o en las acciones necesarias para transformar el entorno de tal manera que éste sea propicio para la salud y el bienestar.

Son destrezas, eslabón entre los factores motivadores del conocimiento, las actitudes y los valores, y el comportamiento o estilo de vida saludable (Mantilla Castellanos Leonardo, 1999).

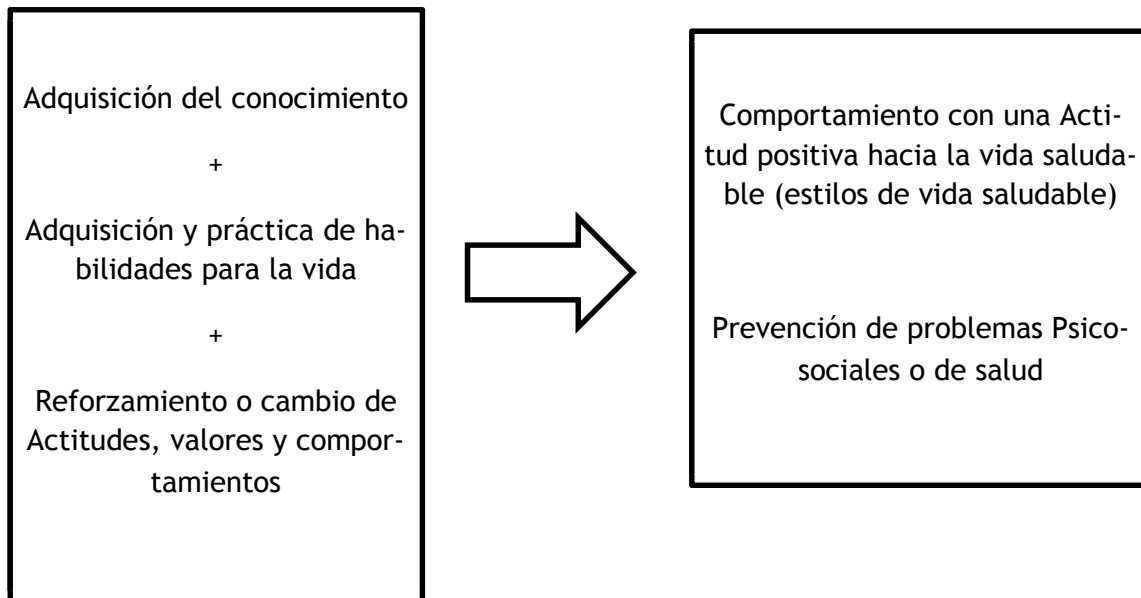


Figura 1. Tomado de Habilidades para la vida, una propuesta educativa para vivir mejor (Mantilla, 1999).

3.2 EL MODELO DE HABILIDADES PARA LA VIDA

El modelo de habilidades para la vida se ha ido estableciendo en las últimas décadas, sin embargo un progreso importante fue en 1993 con una iniciativa de la OMS: Enseñanza en los colegios de las habilidades para vivir. Se comenzó un gran apoyo internacionalmente para el fomento de habilidades para la vida en instituciones educativas, a partir de lo cual se han desplegado diversas investigaciones y programas que a la fecha se están implementando (Arévalo Guzmán, Tomás Rojas, Mendoza Vilca, 2004).

Este modelo se puede focalizar en salud, en el ejercicio de la ciudadanía, educación para la paz, derechos humanos y otros temas sociales (Pedrowicz, Artagaveytia y Bonetti, 2006)

El trabajo debe de ser periódico y permanente para tratar de cambiar estilos de vida y propiciar comportamientos saludables, además de trabajar también con familias y adultos significativos, para conseguir los resultados deseados (Gómez y Suárez).

Hay 3 elementos claves en el desarrollo de un programa de habilidades para la vida: 1) desarrollo de habilidades, 2) contenido informativo y 3) metodologías interactivas de enseñanza.

3.3 ALGUNOS HALLAZGOS EN HABILIDADES PARA LA VIDA

El modelo preventivo de riesgos psicosociales Chimalli ha sido de los programas más importantes del modelo de habilidades para la vida en México, teniendo éste un gran impacto en los programas preventivos realizados por instancias gubernamentales y no gubernamentales, aportando una perspectiva de prevención integral, fortaleciendo lazos familiares y comunitarios, lo cual lo vuelve eficaz previniendo recaídas.

De acuerdo a las evaluaciones de sus programas se identifica el componente comunitario como fundamental en la prevención, señalando que las prevalencias en las percepciones de riesgo y actitudes se modifican, sólo en caso de ser intervenciones con participación comunitaria.

Ha podido demostrarse que existe una relación directa entre los efectos positivos en diversas esferas y los programas que enseñan habilidades emocionales y sociales, entre las que se puede mencionar para ejemplificar: bajo nivel de violencia, disminución de suspensiones y expulsiones, disminución en el uso de drogas, optimización en la comunicación y calificaciones de los exámenes. Dichos programas consiguen dirigirse a los factores mediadores que pueden influenciar la salud y el bienestar (Cardozo, 2005).

A partir de una intervención en habilidades para la vida realizada en una zona rural se infiere que el contexto es importante en la planeación de los programas preventivos, a pesar de que no se hicieron comparaciones entre adolescentes de zonas urbanas y rurales, existen algunos aspectos que pueden favorecer u obstaculizar el desarrollo de habilidades, un medio rural podría favorecer habilidades interpersonales y convivencia dado que es una menor población con respecto a la de un medio urbano, sin embargo podría haber resistencia en el desarrollo de habilidades cognitivas si estas intervienen directamente con la forma de pensar y razonar la vida (Morales, Benítez y Agustín, 2013).

Con los resultados obtenidos del Programa Fortalecimiento para una Vida Saludable, se descubrió que tras el desarrollo de habilidades cognitivas y emocionales de mujeres de escasos recursos, puede emerger una conciencia de autocuidado renovada, lo cual favorece los mecanismos de salud primaria (Falcone, Castro, Serrano, Ortiz, Toral, Vuskovic y Guzmán, 2009). Tras dicha intervención se reportó además la disminución de sintomatología ansiosa/depresiva, coincidente con otros estudios, demostrando que los trastornos mentales se pueden prevenir y aliviar a través de estrategias de promoción de la salud.

Alimentación saludable y habilidades para la vida: De acuerdo con Pedrowicz et al (2006) el desarrollo de las habilidades para la vida puede contribuir también a que el adolescente tome decisiones informadas y responsables respecto a su alimentación.

Implicaría identificar preferencias personales entre alimentos nutritivos y preferirlos frente a otros menos nutritivos (habilidad de toma de decisiones), identificar y resistir presiones sociales hacia la adopción de hábitos alimenticios no saludables (habilidad de pensamiento crítico y comunicación interpersonal), poder persuadir a los padres para que preparen alimentos y opciones de menú saludables (habilidades de comunicación interpersonal y negociación), y evaluar las reivindicaciones nutritivas de los alimentos publicitados en los medios (habilidad de pensamiento crítico).

3.4 CINCO HABILIDADES PARA LA VIDA

A pesar de las diferentes habilidades para la vida que hay en la literatura, el presente proyecto se avocó al trabajo en específico de únicamente 5, aunque éstas mismas tienen a su vez implicaciones en las otras habilidades.

De acuerdo con la OMS (1993) la cantidad de habilidades para la vida son innumerables, sin embargo presenta una clasificación de 10 habilidades esenciales:

- Capacidad de tomar decisiones
- Habilidad para resolver problemas
- Capacidad de pensar en forma creativa
- Capacidad de pensar en forma crítica
- Habilidad para comunicarse en forma efectiva
- Habilidad para establecer y mantener relaciones interpersonales
- Conocimiento de sí mismo
- Capacidad de establecer empatía
- Habilidad para manejar las propias emociones
- Habilidad para manejar las tensiones o estrés

De acuerdo con las características de cada habilidad y su posible relación con el autocuidado se seleccionaron las siguientes: Autoconocimiento, empatía, comunicación efectiva y asertiva, solución de problemas y conflictos, y manejo de sentimientos y emociones.

Conocimiento de sí mismo:

La autoestima es la percepción evaluativa de uno mismo, las ideas, creencias, comportamientos, concernientes a la evaluación y cariño a uno mismo.

La autoestima es la parte emocional; cómo nos sentimos con nosotros mismos. Es una evaluación de la información contenida en el autoconcepto que se deriva de los sentimientos que uno tiene sobre el mismo. La autoestima se basa en la combinación de informaciones objetivas sobre sí mismo y la evaluación subjetiva de esta información (Rafael Bisquerra 2010, p. 291).

La autoestima es la valoración que tenemos de nosotros; la opinión y el sentimiento que cada uno tiene acerca de sí mismo de los propios actos, los propios valores y las propias conductas (Susan Pick, 1995).

El conocimiento de sí mismo implica reconocer nuestro ser, carácter, fortalezas, debilidades, gustos y disgustos. Desarrollar un mayor conocimiento de nosotros mismos nos ayudará a reconocer los momentos en que estamos preocupados o nos sentimos tensionados. A menudo, este conocimiento es un requisito de la comunicación efectiva, las relaciones interpersonales y la capacidad para desarrollar empatía hacia los demás (OMS, 1993, p. 7).

La autoestima fortalecida favorece el que los participantes se sientan relevantes en diversos ámbitos, en sus vínculos familiares, en el trabajo, en las labores del hogar, en la comunidad, entre otros (Falcone, Castro, Serrano, Ortíz, Toral, Vuskovic y Guzmán, 2009).

La autoestima puede requerir de mayor trabajo en su desarrollo a comparación de habilidades como la comunicación y asertividad, se requieren trabajar las habilidades que la constituyen: autoconocimiento, autoconcepto, autoevaluación y autorrespeto, cada una con una temporalidad que permita que se consolide cada una (Choque-Larrauri y Chirinos-Cáceres, 2009).

En la adolescencia se constituye una imagen más definida de la autoestima, dándose cuenta cada vez más de cómo es uno mismo. Los cambios físicos que se presentan afectan la imagen corporal, influyendo de forma menos favorable en mujeres que en hombres (Moreno, 2006). Existe una asociación positiva entre la autoestima y el nivel de apoyo emocional que proporciona la familia, por lo cual ésta juega un papel fundamental en su desarrollo en esta etapa.

Es frecuente que exista, una estrecha relación entre una buena imagen de sí mismo y la actividad física, quienes tienen una imagen positiva de sí mismos, tienden a cuidar su apariencia física y a evitar comportamientos de riesgo que la alteren.

Se ha comprobado en adolescentes que una autoestima baja conduce a diversas complicaciones posteriores, en los hombres se relaciona con inactividad y obesidad, en las mujeres con estados depresivos, problemas diversos de salud y obesidad, y en ambos casos, las complicaciones se vinculan con enfermedades crónicas como problemas vasculares, hipertensión arterial, etc. (Moreno, 2006).

Manejo de sentimientos y emociones:

La palabra emoción deriva del verbo emocionar que significa poner en movimiento, y del término moción que implica motor, de lo que podemos entender que las emociones son motores que hacen mover de manera sensible al ser humano, tanto al interior como al exterior (Chabot & Chabot, 2009).

La habilidad para manejar emociones nos ayuda a reconocer nuestras emociones y las de otros, a ser conscientes de cómo influyen en nuestro comportamiento, y a responder a ellas en forma apropiada. Las emociones intensas, como la ira o la tristeza, pueden tener efectos negativos en nuestra salud si no respondemos a ellas de manera adecuada (OMS, 1993, p. 7).

Las emociones son una parte innegable de nuestras vidas, condicionan nuestra salud, nuestro comportamiento, nuestro bienestar y calidad de vida. Cada una de nuestras acciones, decisiones y actitudes desempeñan un papel esencial en nuestro comportamiento, conllevan implícita una emoción y marcan cómo nos encontramos en cada momento (Perea, 2011).

Los adolescentes tienden a tener una percepción del entorno que varía constantemente, lo que puede generar en ellos inestabilidad emocional, volviéndolos susceptibles a los problemas relacionados con la salud mental, su desarrollo físico, emocional y conductual. El malestar puede reflejarse en el uso o abuso de sustancias adictivas como el tabaco, el alcohol y otras drogas; en la búsqueda y el establecimiento de relaciones sexuales de riesgo; en la aceptación y la reproducción de conductas violentas en su entorno (Moreno, 2006).

Los adolescentes que nunca han fumado y los que lo consumen con menor frecuencia controlan sus emociones, evalúan los resultados de sus acciones y se mantienen tranquilos ante adversidades (García, 2009).

Empatía:

La empatía es la capacidad de imaginar cómo es la vida para otra persona, aun en situaciones con las que no estamos familiarizados. El ser “empáticos” nos ayudará a aceptar a personas diferentes a nosotros y mejorará nuestras interacciones sociales; por ejemplo, en situaciones de diversidad étnica. La empatía también nos ayudará a fomentar comportamientos de apoyo y soporte hacia personas necesitadas de cuidados, asistencia o tolerancia, como en el caso de los enfermos de sida o personas con trastornos mentales que pueden ser estigmatizadas y marginadas aun por aquellos de quienes dependen para su apoyo (OMS, 1993, pp. 7).

La empatía guarda estrecha relación con las conductas prosociales que protegen a los adolescentes del consumo de drogas entre otras conductas de riesgo. Esta habilidad se ha identificado como protectora del consumo y facilitadora de una socialización positiva (Pérez, 2012).

Algunas investigaciones señalan que las personas con mayor empatía poseen un mejor autoconcepto-autoestima, por lo que la empatía se podría desarrollar a partir del autoconcepto (Cardozo, Dubini, Fantino y Ardiles, 2011).

Comunicación efectiva y asertiva:

La comunicación efectiva tiene que ver con nuestra capacidad de expresarnos tanto verbal como no verbalmente y en forma apropiada con nuestra cultura y las situaciones que se nos presentan. Esto significa que tendremos la habilidad de decir cuáles son nuestros deseos como respuesta a una acción en particular en la que se nos pida participar. La comunicación efectiva también se relaciona con nuestra capacidad de pedir consejo en un momento de necesidad (OMS, 1993, pp. 7).

La asertividad engloba el conjunto de conductas dentro del marco de habilidades sociales, que hace referencia a conductas de expresión directa de los propios sentimientos y de defensa de los derechos personales y respeto por los de los demás (Vallés y Vallés, 1996).

Las técnicas de asertividad y habilidades pretenden dotar a las personas de formas de respuestas adaptadas ante las demandas de los demás, capacitarles para afrontar las críticas y aprender de discutir de forma constructiva.

Se sugiere realizar la técnica de modelamiento en el desarrollo de la asertividad, pues la conducta tiene tres niveles de funcionamiento, motor, cognitivo y emocional, los cuales actúan de forma conjunta (De Tena, Rodríguez y Sureda, 2001).

Los resultados obtenidos de una investigación de Huancavelica (Choque-Larrauri y Chirinos-Cáceres, 2009), apuntan a que las habilidades de asertividad y comunicación tienen una mayor facilidad en su aprendizaje con respecto a otras, pues se aplican en todo momento y no requieren de procesos previos y complejos, además de que se facilitan con una metodología participativa con la que en sí misma se favorece un mejor nivel de comunicación entre estudiantes.

La comunicación asertiva funge un papel fundamental respecto al uso de métodos anti-conceptivos, al punto de considerarse como una variable predictora de la conducta sexual protegida cuando dicha comunicación se emplea con la pareja. Se establece como la estrategia más efectiva para negociar la práctica del sexo seguro entre los adolescentes (Pérez, 2013).

Solución de problemas y conflictos:

“La habilidad para resolver problemas nos permite enfrentar de forma constructiva los problemas en nuestras vidas. Los problemas importantes no atendidos pueden causar estrés mental y generar, por consiguiente, tensiones físicas” (OMS, 1993, pp. 7).

De acuerdo con Carrasco (2001), la solución de problemas como habilidad se sintetiza en unos pasos concretos:

1. Definir el problema: Concretar en qué consiste
2. Identificar todas las opciones: Lista de las soluciones que se nos ocurran
3. Analizar las opciones: Qué sucedería si escogiera cada una de ellas
4. Escoger la mejor opción: Elegir la que nos daría mejores consecuencias
5. Me autorrefuerzo si he aplicado los pasos correctamente

6. Ponerla en práctica: Pongo en práctica la opción escogida y me fijo en qué sucede. Si no se resuelve reviso los pasos que he aplicado.

Es importante tomar en cuenta que en ocasiones los resultados no son los esperados, debido a un seguimiento erróneo de los pasos o bien, debido a cuestiones ajenas a uno mismo.

De acuerdo con De Tena, Rodríguez & Sureda (2001), las diversas técnicas comparten ciertos aspectos generales:

- Se utilizan tareas estructuradas, se comienza con tareas impersonales, luego se refieren a situaciones hipotéticas interpersonales, y al final a tareas reales de la vida social.
- Todas estas intervenciones están diseñadas para estimular el pensamiento, la discusión y la toma de decisiones interpersonales y que requieren que el individuo se comprometa activamente, formulando respuestas a las preguntas.
- El educador juega un papel activo en el tratamiento: modela los procesos cognitivos efectuando afirmaciones verbales, aplicando la secuencia de afirmaciones a problemas determinados, aportando retroalimentación y refuerzo para lograr el uso correcto de estas habilidades.

Otro aspecto de esta habilidad se relaciona con la solución de conflictos violentos, orientada a la educación de jóvenes en formas constructivas, creativas y pacíficas de resolver los pequeños y grandes conflictos cotidianos, como una forma de promover una cultura de la paz (Mantilla, 1999).

El enfoque de habilidades para la vida con sus antecedentes y las experiencias que se reportan de su aplicación, proporciona herramientas útiles para la atención a las necesidades de los adolescentes, contemplándose así diversas habilidades que se relacionan estrechamente con diferentes aspectos del estilo de vida y salud.

Promoción de salud y habilidades para la vida

La presente intervención es educación para la salud basada en habilidades para la vida, es un enfoque que promueve la salud integral de los adolescentes y facilita su adaptación al entorno, a través del desarrollo de habilidades para la vida, conocimientos y actitudes, usando diversas técnicas de aprendizaje con énfasis en métodos participativos.

4. MÉTODO

Objetivo general:

-Proponer una estrategia para la promoción del Autocuidado a partir de un Taller con enfoque en Habilidades para la vida

Objetivos específicos:

-Analizar las relaciones entre Autocuidado y Habilidades para la vida a partir del análisis de los datos recabados.

-Detectar las necesidades de los adolescentes en cuanto a la prevención de estilos de vida de riesgo.

-Identificar los cambios en cuanto a las habilidades para la vida de los adolescentes después de la aplicación del taller.

Preguntas de investigación:

- ¿Los estudiantes que participan en el taller desarrollarán sus habilidades para la vida y autocuidado?

- ¿Los estudiantes mejorarán sus estilos de vida mediante la práctica del autocuidado?

Hipótesis:

- Los estudiantes presentes en el taller incrementarán sus conductas de Autocuidado.
- Los estudiantes presentes en el taller desarrollarán habilidades para la vida (autoestima, solución de problemas, comunicación asertiva, etc.) relacionándose de forma directa con el incremento de sus conductas de Autocuidado.

Diseño de Investigación:

El diseño del presente trabajo es mixto de igualdad en el estatus y concurrente, es decir, se da simultaneidad en la aplicación de los métodos sin conceder prioridad a uno sobre el otro, aplicándose técnicas cuantitativas y cualitativas por igual en cada parte del proyecto, es una investigación de tipo correlacional y de campo.

Se aplicaron 2 instrumentos cuantitativos como pre y post- test y 2 técnicas cualitativas, por lo cual se realizaron correlaciones y además la triangulación de resultados.

VARIABLES:

- Conducta de Autocuidado
- Habilidades para la vida

Definición conceptual:

Autocuidado: De acuerdo con la OMS (1998) el autocuidado implica todo aquello que las personas hacen por sí mismas con el propósito de restablecer y preservar la salud o prevenir y tratar las enfermedades.

Según Ofelia Tobón (2003): El autocuidado son las prácticas cotidianas y las decisiones sobre ellas con el fin de cuidar la salud, son “destrezas” de uso continuo que se aprenden durante toda la vida, implica alimentación adecuada, medidas higiénicas, manejo de estrés y problemas interpersonales, etc.

Habilidades para la vida: Son aquellas competencias psicosociales y habilidades interpersonales necesarias para tener un comportamiento adecuado y positivo, que nos permita enfrentar eficazmente las exigencias y retos de la vida diaria (OMS, 1993).

Definición operacional:

Autocuidado: Se evaluará mediante un Cuestionario Estilos de vida saludable (Lange & Vio, 2006), en el que se describen diversas características del estilo de vida, incluidos hábitos alimenticios, cuidados de higiene personal, la expresión y comunicación de emociones, etc.

Habilidades para la vida: Se evaluará a través del taller y un Test de Habilidades para la Vida (Díaz Posada, Rosero Burbano, Melo Sierra, Aponte López, 2013), además de observaciones y entrevistas, percibiendo no sólo el conocimiento de las habilidades o su uso de acuerdo a lo reportado en el Test, sino que se podrá indagar su utilización mediante observaciones en el mismo contexto educativo.

PARTICIPANTES

Se trabajó de la última semana de Septiembre a la última semana de Noviembre de 2014, con aproximadamente 150 estudiantes divididos en 3 grupos de una Escuela Secundaria localizada al sur-poniente de la Ciudad de México. Los menores de 12 y los mayores de 14 años, siendo el promedio de toda la muestra 13 años.

Fueron seleccionados por conveniencia de la investigación grupos de segundo grado, considerando que la mayoría de adolescentes en ese nivel pasan por una etapa compleja, la adolescencia temprana, en la cual se presentan cambios clave dentro del ciclo vital.

INSTRUMENTOS

Los datos se recabaron por diversos instrumentos y técnicas de recolección:

- La información de autocuidado de los adolescentes, sus conductas de riesgo o saludables y estilos de vida se consiguieron con el Cuestionario Estilos de vida saludable “FANTÁSTICO” (Lange & Vio, 2006), el cual es una adaptación realizada por el Ministerio de Salud de Chile del Fantastic Test, diseñado por el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad McMaster de Canadá.

El Cuestionario cuenta con 10 dimensiones, con una cantidad de ítems variable en cada dimensión de 6 a 10, sumando un total de 30 ítems. Es un test de escala Likert, con 3 opciones de respuesta por cada reactivo, de acuerdo al grado en que se mantienen ciertos hábitos del estilo de vida.

A cada opción de respuesta se le asigna el valor del 0, 1 y 2. Esos valores se suman y dan un total que debe multiplicarse por dos, dando como resultado una puntuación final que se compara con cinco definiciones posibles sobre el estilo de vida: Entre 103 y 120 puntos el estilo de vida se califica como “felicitaciones”, entre 85 y 102 es “buen trabajo”, desde 73 hasta 84 puntos corresponde a “adecuado”, de 47 a 72 puntos es “algo bajo” y entre 0 y 46 puntos se califica como “estás en zona de peligro”.

Las dimensiones consideradas en el Cuestionario son las siguientes diez: familia y amigos, actividad física, nutrición, tabaco, alcohol y otras drogas, sueño y estrés, trabajo, introspección, control de salud y conducta sexual, y otras conductas.

En su validación se ha obtenido una Alfa de Cronbach de $\alpha = \approx 0,80$.

Se descartaron 2 reactivos debido a que no eran aplicables a la edad de los participantes, de la dimensión de Alcohol y otras drogas, y de la de Trabajo respectivamente.

-Las habilidades para la vida se evaluaron con ayuda del Test de Habilidades para la Vida (Díaz Posada, Rosero Burbano, Melo Sierra, Aponte López, 2013). El Test cuenta con 10 dimensiones, 4 indicadores por cada dimensión y 2 ítems por cada indicador, sumándose así 8 ítems por dimensión dando un total de 80 ítems.

Es un test de escala Likert, con las opciones de respuesta: Siempre (S), Casi siempre (CS), Algunas veces (AV), Casi nunca (CN) y Nunca (N).

A cada uno de estos ítems, de manera interna, se le asignó el valor de 5 a 1. En el caso de ítems con direccionalidad positiva, 5 equivalía a siempre y 1 a nunca. Mientras que en ítems con direccionalidad negativa, 5 equivalía a nunca y 1 a siempre.

Las 10 dimensiones originales del Test son: Conocimiento de sí mismo, Empatía, Comunicación efectiva y asertiva, Relaciones interpersonales, Toma de decisiones, Solución de problemas y conflictos, Pensamiento creativo, Pensamiento crítico, Manejo de sentimientos y emociones, y Manejo de tensiones y estrés.

Se incluyeron únicamente las 5 dimensiones de interés en esta investigación, las cuales se muestran a continuación con su respectivo coeficiente Alpha:

Conocimiento de sí mismo (0.66)

Empatía (0.75)

Comunicación efectiva y asertiva (0.61)

Solución de problemas y conflictos (0.58)

Manejo de sentimientos y emociones (0.68)

-Información sobre las habilidades para la vida y la presencia de problemáticas en la escuela se indagó utilizando entrevistas grupales semiestructuradas, abarcando cierto porcentaje de los estudiantes. Se entrevistó también a informantes clave del contexto educativo, orientadores y autoridades del plantel.

-También se realizaron observaciones participantes y no participantes, de las cuales se hizo registro mediante diarios de campo.

PROCEDIMIENTO

Se dividió para facilitar su entendimiento y desarrollo en 4 fases:

1. Aproximaciones al contexto	a) Aproximación documental acerca del contexto educativo en que se realizó la investigación, a partir de lo cual se pretendió detectar las características principales de la población de la institución educativa receptora de la intervención.	Previo al taller
	b) Aproximación a partir de entrevistas grupales semiestructuradas a adolescentes, y entrevistas semiestructuradas a informantes clave (orientadores y autoridades del plantel).	Previo y en Primera sesión
2.- Diseño del taller	a) Con base en la revisión de técnicas en la literatura, además de los datos recopilados con la aproximación al contexto (documental), se estructuró una base del taller: 12 sesiones de 50 minutos cada una, esparcidas 3 sesiones por semana. Se comenzó una capacitación intensiva de facilitadores de acuerdo a la base del taller y con énfasis en el modelo de Habilidades para la vida y técnicas de control grupal.	Previo al taller
	b) Con el análisis de los datos recabados en las primeras aproximaciones (observación no participante y entrevistas), se ajustaron detalles de la base del taller, realizando así una versión final, concretando los temas y actividades que son más pertinentes de acuerdo a las necesidades de los adolescentes.	Primera sesión

3.- Aplicación del taller	Se continuó la capacitación de facilitadores entre cada sesión dando retroalimentación y ajustándose a los progresos en cada grupo. En la primera sesión se realizó parte de la aproximación al contexto (entrevistas a adolescentes), con lo que se continuó con la aplicación del diseño final del taller. Se incluyó en la segunda sesión el pre-test de la intervención, realizada con el Cuestionario Estilos de vida saludable (Lange & Vio, 2006) y Test de Habilidades para la vida (Díaz Posada et al. 2013).	Desarrollo del taller
4.- Término de la intervención	<p>a) Se realizó la última sesión del taller con un Post-test, mediante el uso del Cuestionario Estilos de vida saludable (Lange & Vio, 2006) y del Test de Habilidades para la vida (Díaz Posada et al. 2013), además de un cuestionario de resultados del taller.</p> <p>b) Se realizaron entrevistas breves para detectar la necesidad o solicitud atención psicológica, tras lo cual se hicieron las pertinentes sugerencias a orientadores y tutores de los estudiantes interesados.</p>	Final Del Taller

Cuadro 1. El Procedimiento en fases

1.- Aproximaciones al contexto:

a) Aproximación documental: Se realizó una búsqueda en bases de datos y a través de medios como el INEGI, la Encuesta de adicciones en estudiantes de secundaria de 2012 y el portal electrónico del gobierno de la Delegación en donde se localiza el plantel, a partir de lo cual se hicieron algunos hallazgos y se obtuvo un esquema general del contexto donde se realizó la intervención.

b) Aproximación por medio de entrevistas a informantes clave y a adolescentes:

- Informantes clave: Se entrevistó a un orientador, un profesor y asesor de grupo y a un trabajador social. Se les realizó una entrevista abierta previa a la impartición del taller.

Se entrevistó a cuatro autoridades del plantel, cada cual ocupado de diversas áreas dentro de las instalaciones, por lo que la experiencia de cada difería de la de los demás, unos ocupados más de cuestiones disciplinarias y dentro del salón de clases, otros más ocupados de funciones administrativas, unos más ocupados de casos particulares o determinados grupos, otros ocupados más bien del desempeño y control en general de todos los estudiantes.

- Adolescentes: Se les realizaron entrevistas semiestructuradas grupales en la primera sesión de taller, se eligieron grupos de 5 a 7 conformados entre hombres y mujeres, seleccionados al azar y por medio de juegos, a cada grupo se le dirigió a otra aula donde pudieran hablar más libremente, cada entrevista duró aproximadamente entre 15 y 20 minutos, por lo que no se alcanzó a entrevistar a toda la muestra, únicamente a un 40%.

La entrevista semiestructurada con la que se trabajó se muestra en el anexo 1. (Ver p. 112)

2.- Diseño del taller

Conforme la revisión de literatura y experiencia previa en talleres de prevención se diseñó un taller piloto, el cual consistió en 7 sesiones abordando diferentes habilidades para la vida, posteriormente se consideró un incremento en el número de sesiones y de horas por sesión, sin embargo debido a la disponibilidad en la escuela, se presentó la oportunidad de estar con cada grupo 3 horas por semana, sin afectar sus horarios y sin quitarles horas de otras materias, por lo cual el taller piloto se ajustó a esa disponibilidad de tiempo.

Se tenían contempladas 5 habilidades para trabajar a lo largo del taller, por lo que al hacer el ajuste se respetó la decisión de incluir mismas habilidades.

Una vez diseñada la estructura piloto del taller se dispusieron los espacios y permisos para el desarrollo del mismo, con lo cual se procedió a la capacitación de los facilitadores.

El equipo de facilitadores fue conformado por seis psicólogos, dos titulados y los demás en proceso de titulación, con experiencia en la impartición de talleres y/o con adolescentes, cuatro formados principalmente en la corriente Cognitivo conductual, mientras que los otros dos en el Psicodrama y Psicoanálisis respectivamente, cada quien aportando interesantes análisis a partir de su experiencia y formación, lo que enriqueció los resultados del taller.

La capacitación se realizó de forma intensiva en dos días previos a la semana de aplicación del taller, exponiendo una aproximación al Modelo de Habilidades para la vida, el taller piloto que se diseñó con anterioridad, intervenciones en prevención de conductas de riesgo, y además técnicas de control y dinámicas grupales.

3.- Aplicación del taller

Se realizó la primera sesión del taller, dilucidando algunos detalles del diseño a partir de lo reportado en las entrevistas iniciales, posteriormente se desarrollaron las sesiones ya estructuradas.

Después la capacitación se continuó previa y posteriormente a las sesiones del taller, considerando en cada sesión lo avanzado y las impresiones de cada uno de los facilitadores, recolectadas de forma directa e indirecta mediante diarios de campo.

Se presenta a continuación el programa y las cartas descriptivas del taller aplicado:

PROGRAMA DEL TALLER:

El Autocuidado y las habilidades para la vida en adolescentes

Objetivo general: Desarrollar en los adolescentes habilidades para la vida y conductas de autocuidado, promoviendo así la adopción de un estilo de vida saludable, así como mayor protección ante los riesgos y problemáticas que se presentan en la adolescencia.

Dirigido a: Estudiantes de 2do. grado de secundaria

Duración total: 10 horas

Duración por sesión: 50 minutos

Total de sesiones: 12 sesiones

Número de facilitadores: 6

Sesiones con el tema y actividad principal:

1. Presentación del proyecto, entrevistas
2. Aplicación de cuestionarios, acuerdos de convivencia, introducción al temario
3. Autoestima – Autoconocimiento, buscando mi concepto
4. Autoestima – Autoconocimiento, relación con el Autocuidado
5. Autoestima - Proyecto de vida
6. Autoestima – Consecuencias, elaboración de carteles
7. Emociones, reflexión
8. Empatía y Violencia entre pares, actuaciones
9. Solución de problemas, aplicación a casos
10. Comunicación asertiva, debate
11. Sexualidad, Autoestima, Empatía, Solución de problemas, concientización
12. Aplicación de cuestionarios, conclusiones, despedida.

CARTAS DESCRIPTIVAS

SESIÓN NO. 1: 30/09/14

Actividad	Tiempo	Descripción	Objetivos específicos
Presentación del Proyecto	5 min.	Breve presentación de los facilitadores, mencionando nombres y explicando de qué tratará el taller	Los estudiantes conocerán el proyecto y el objetivo del mismo.
Formación de equipos para entrevistas	5 min.	Se formarán equipos para seleccionar de entre ellos los que se entrevistarán. Se sugiere la dinámica de Naufragio: Se pide dejar espacio en medio del salón, se solicita que todos caminen dando vueltas de un lado a otro, hasta que el facilitador diga: ¡NAUFRAGIO! Equipos de 5, de 6... Y entonces todos los estudiantes se deben apresurar a armar equipos de dicha cantidad.	Los estudiantes se dividirán en equipos para responder a las entrevistas grupales.
Aplicación de entrevistas	30 min.	Se realizará la aplicación de las entrevistas grupales con subgrupos de 6 estudiantes cada vez, realizando cada entrevista durante 10 a 20 minutos.	Los estudiantes responderán a entrevistas grupales.
División del Grupo para posteriores sesiones	10 min	Se realizará la división del grupo, procurando que en dicha división queden misma cantidad de estudiantes en ambos subgrupos, al igual que misma cantidad de hombres y mujeres, se debe procurar la separación de grupos conflictivos, permitiendo que permanezcan algunas amistades juntas mientras participen adecuadamente. Una vez realizada la división de los grupos, se solicita a cada uno que se presente brevemente, diciendo su nombre y pasatiempos o gustos.	Los estudiantes se dividirán en dos subgrupos y en cada subgrupo se presentarán.

SESIÓN NO. 2: 01/10/14

Actividad	Tiempo	Descripción	Objetivos específicos
Saludo	5 min.	Saludo al grupo, recordando de qué tratará el proyecto	Los estudiantes recordarán en qué consiste el proyecto.
Aplicación del Cuestionario	25 min.	Se darán las instrucciones para llenar los cuestionarios, y se repartirán los mismos, posteriormente se da tiempo para que se contesten a la vez que se orienta y se aclaran dudas de las preguntas o palabras que no se entiendan.	Los estudiantes contestarán los test
Acuerdos de convivencia	10 min.	Se comenta la importancia de tener una convivencia sana en el salón de clases y en el taller, por lo que se solicitará que se mencionen pautas para la convivencia del grupo, algunas normas para el adecuado desarrollo del taller, se les invitará a que ellos sean los que propongan los lineamientos. Se sugiere que sean enunciados formulados de modo positivo, y no como prohibiciones, recalcando aún más lo que se debe hacer, no dejando el énfasis en lo que no se debe hacer. Posteriormente se pedirá que pasen uno a uno a firmarlo de modo que todos den su consentimiento de estar de acuerdo con los acuerdos a lo largo del taller.	Los estudiantes propondrán acuerdos de convivencia para el desarrollo del taller.
¿Qué son las habilidades para la vida y autocuidado?	10 min	Se mencionan los conceptos de habilidades para la vida y autocuidado, mencionando algunas de las habilidades y su importancia, posteriormente se mencionan conductas de autocuidado y los estilos de vida saludables, procurando hacer consciencia sobre los hábitos que lleva cada uno. Se ahonda sobre las conductas de autocuidado, ampliando las creencias que se tienen sobre la salud, de manera que entiendan la salud como algo integral que implica: hábitos alimenticios, cantidad y qué alimentos, horas de sueño y descanso, comunicación, relaciones afectivas, recreación y ejercicio, higiene, etc. (Entre más conductas se mencionen mejor).	Los estudiantes conocerán los conceptos de habilidades para la vida y autocuidado.

SESIÓN NO. 3: 02/10/14

Actividad	Tiempo	Descripción	Objetivos específicos
Saludo	5 min.	Saludo al grupo, recordando de qué tratará el proyecto	Los estudiantes recordarán en qué consiste el proyecto.
Recapitulación	25 min.	Se comentará brevemente lo trabajado en la sesión anterior. <ul style="list-style-type: none"> • De haber quedado pendiente la elaboración o firma de Acuerdos de convivencia, se tomarán como máximo los primeros diez minutos para finalizar dicha actividad. • En los próximos 5 minutos, en los subgrupos en que no escribieron el nombre en los cuestionarios, se pasará a que identifiquen su cuestionario para ponerle nombre o, según los tiempos, se pasaría lista para confirmar quienes resolvieron el cuestionario. 	Los estudiantes elaborarán y firmarán acuerdos de convivencia.
¿Qué es la autoestima?	10 min.	Se comienza a indagar sobre el conocimiento que se tiene de la Autoestima, elaborando preguntas que lleven a la reflexión y a ampliar más la perspectiva que se tiene del concepto, por ejemplo: ¿Qué es la autoestima? ¿Cómo se reconoce alguien con buena autoestima? ¿Cómo puedes mejorar tu autoestima? ¿Alguien con baja autoestima puede tener éxito en la vida? ¿Alguien con buena autoestima cómo se cuidaría a sí mismo? ¿Alguien con buena autoestima como ha de tratar a los demás?	Los estudiantes reflexionarán sus conocimientos y creencias sobre la autoestima.

Buscando mi concepto	10 min	<p>Tras haber introducido el tema de la autoestima, se realiza la siguiente dinámica: Se hace lectura de una lista de adjetivos, de los cuales cada estudiante elegirá algunos para apropiarse de su auto-concepto:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se solicita a los estudiantes arrancar o tomar una hoja en blanco y doblarla de modo que queden marcadas 4 divisiones, desdoblarán las hojas y marcarán con tinta las divisiones, a modo que queden 4 columnas, escribirán en la parte superior de cada columna respectivamente: Padres, conocidos y familiares lejanos, amigos, yo. 2. Se da la instrucción de escuchar y/o leer con atención la lista de adjetivos que se les facilitará, mientras lo hacen identificarán con cuáles de esos adjetivos los describen las personas de las columnas. <ul style="list-style-type: none"> • Ejemplo: Si se lee la palabra alegre y simpático, y un estudiante considera que sus padres lo describen así, entonces escribe alegre y simpático en la columna de padres. 3. Se continuarán llenando las columnas, y se dará tiempo al final de modo que cada quien recuerde o piense en más de aquellas palabras con las cuales los describen. 4. Posteriormente se pasa a la reflexión de lo realizado, si hay más defectos o más cualidades, se reflexiona sobre el por qué, en qué columna hallaron mejores cosas y en cuales no tanto. 5. La siguiente parte de la actividad consiste en que por fila o por pequeños grupos pasen su hoja boca abajo con su nombre completo hasta arriba, abajo del nombres los compañeros escribirán cualidades y fortalezas que identifican a esa persona. 6. Así se pasa a la parte final de la actividad, en que se devolverá la hoja a cada uno y se pedirá expandir la columna de "Yo", reconsiderando la cantidad de cualidades y oportunidades que se tienen. 	Los estudiantes desarrollarán su auto-concepto.
Cierre		Se reflexiona sobre cómo es realmente la autoestima de cada uno, de si realmente nos conocemos o no, hasta dónde puede llegar a afectar una baja autoestima.	Los estudiantes llegarán a conclusiones sobre su propia autoestima.

SESIÓN NO. 4: 07/10/14

Actividad	Tiempo	Descripción	Objetivos específicos
Recapitulación	5 min.	<p>Se retomará lo trabajado en las sesiones anteriores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se solicita participación de los estudiantes procurando que se mencionen las actividades realizadas la semana anterior, para partir de ello a la siguiente dinámica. 	<p>Los estudiantes recordarán y comentarán lo trabajado en las sesiones anteriores.</p>
Segunda parte de: "Buscando mi concepto"	25 min.	<p>Se continuará con la reflexión de la actividad: "Buscando mi concepto":</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se repartirán las hojas de la actividad realizadas la sesión pasada, se formarán equipos de entre 4 y 6 personas acomodados en círculos, como primer paso se solicitará que cuenten número de cualidades y número de debilidades. Posteriormente se invitará a la reflexión de las cantidades de cualidades y debilidades que pusieron, quién los describe de forma similar a como ellos mismos se describen. - Luego pasarán su hoja al compañero de la derecha y le describirán otras cualidades en la parte de atrás, luego la volverán a pasar a la derecha y así hasta recibir cada quien su hoja con las cualidades que le escribió el resto del equipo, con la cual se complementará la reflexión: ¿Hay cosas que no esperaban? ¿Están de acuerdo? ¿Realmente coincide cómo los ven con la forma en que ustedes se perciben a ustedes mismos? - Una vez que tengan agregadas esas cualidades agreguen al cuadro de "Yo": ¿Qué es lo que más me gusta? ¿Qué es lo que menos me gusta? ¿Qué es lo que más me hace feliz? ¿Cuál es mi mayor meta? - Complemento: Una vez hayas respondido esas preguntas, pasan las hojas al facilitador de la sesión, quien leerá algunas de las palabras de una hoja seleccionada al azar, para que los demás escuchen y traten de identificar de qué persona es la hoja. Se hace lo mismo con otros 5 y se termina la actividad. 	<p>Los estudiantes reflexionarán sobre su auto-concepto y lo desarrollarán.</p>

Autoestima y Autocuidado	20 min	<p>- Se presentarán los promedios de resultados del Cuestionario, dando una idea general de cómo son los estilos de vida de los estudiantes, mencionando algunos de los detalles encontrados, incluyendo algunos de las cuestiones que implican mayores riesgos a su salud.</p> <p>Se hablará a grandes rasgos lo que es la autoestima, lo que es autocuidado y su relación:</p> <p>“La autoestima es cómo nos valoramos, el autocuidado es cómo nos protegemos y procuramos nuestra salud. ¿Hay relación entre las dos cosas? ¿Si una persona dice querer mucho pero su alimentación es pésima y nunca descansa, le creerían? ¿Si una persona dice querer mucho pero no cuida su aspecto personal y consume sustancias como marihuana, le creerían? ¿Le creerían a un borracho que se quiere mucho? ¿Le creerían que se quiere mucho a alguien que descuida su salud y se enferma seguido por descuidos?... ¿Alguien que se cuida suficiente probablemente se querrá más que alguien que no se cuida? ¿Si alguien se cuida adecuadamente se siente bien consigo mismo?</p> <p>-Se continúa la reflexión haciendo explícitos (mencionándolos o escribiéndolos) algunos de los aspectos que conforman el estilo de vida saludable, los hábitos para la salud como:</p> <p>Alimentarse balanceadamente y en proporciones adecuadas Realizar actividad física frecuentemente Mantener un peso estable Realizar deporte o actividades recreativas en el tiempo libre Expresar los sentimientos Regular el estrés y tensiones Informarse y protegerse en temas de sexualidad Tener suficientes horas de sueño y descanso reconfortante No consumir sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol, drogas) Tomar medidas de precaución en las calles (señales de tránsito, cinturón de seguridad)</p> <p>Reflexión: ¿Si hay una o varias cosas que descuidas de tu estilo de vida cómo ha de ser tu autoestima? ¿Si quieres sentirte mejor contigo mismo, qué podrías hacerte para cambiar hoy?</p>	Los estudiantes conocerán lo que es el estilo de vida y reflexionarán sobre su propia autoestima y autocuidado.
--------------------------	--------	--	---

SESIÓN NO. 5: 08/10/14

Actividad	Tiempo	Descripción	Objetivos específicos
Recapitulación	5 min.	Se retomará lo trabajado en las sesiones anteriores: - Se solicita participación de los estudiantes procurando que se mencionen las actividades realizadas la semana anterior, para partir de ello a la siguiente dinámica.	Los estudiantes recordarán y comentarán lo trabajado en las sesiones anteriores.
Carta a un Amigo	20 min.	Se elaborará una carta a un amigo con un problema: -Sacarán una hoja o media hoja, ya sea hoja blanca o de algún cuaderno, en ella van a hacer una carta, el destinatario será un amigo de ustedes, van a imaginar que su amigo tiene un problema (Adicciones, trastornos alimenticios o autolesión), en la carta procurarán apoyarle y decirle cosas para que reaccione, para enfrentar y superar el problema. Reflexión: "Cuando la autoestima está baja o es inadecuada, es más probable que alguien caiga en un problema como las adicciones, trastornos alimenticios o autolesiones, para alguien ajeno al problema quizás parezca un tema sencillo, sólo dejas ese comportamiento y listo, sin embargo son situaciones complejas y difíciles por las que pasa alguien inmerso en la problemática... ¿Ustedes cómo se sintieron al elaborar la carta? ¿Serviría de apoyo a su amigo?"	Los estudiantes reflexionarán y desarrollarán su empatía, con alguien que pasa por problemas graves.
Carta a Uno mismo	10 min.	Se elaborará una carta a sí mismo para dentro de 3 años: -Sacarán una hoja o media hoja, ya sea blanca o de algún cuaderno, en ella escribirán una carta dirigida a ellos mismos, pensando que la recibirán dentro de 3 años, en la carta escribirán: a dónde esperan llegar, qué quisieran estar haciendo dentro de 3 años, cómo se cuidarán y qué harán para conseguir sus metas, qué logros esperan tener para ese tiempo, qué cosas cambiarían, qué cosas quitarían y qué cosas mejorarían para entonces, qué deseos se darían para ese entonces. Reflexión: "La carta que acaban de elaborar, en este momento las recogeremos, sin embargo posteriormente se las devolveremos, para que puedan guardarla en un algún lugar especial, y dentro de un tiempo leerla, ya en ese tiempo quizás hayan cumplido algunas de sus metas, otros quizás cambiarán algunos de sus proyectos, esta carta les servirá para fijarse objetivos y después, para recordar sus planes. Mientras no pierdas de vista tu meta, no te pierdes en el camino".	Los estudiantes se enfocarán en sí mismos, sus metas y aspectos que quisieran modificar.
Tarea	1 min	Se solicitará que traigan al día siguiente: lápices de distintos colores, plumones, crayolas, etc.	Los estudiantes escucharán algunos de los materiales que requerirán la siguiente sesión.

SESIÓN NO. 06: 09/10/14

Actividad	Tiempo	Descripción	Objetivos específicos
Recapitulación	5 min.	Se retomará lo trabajado en las sesiones anteriores: - Se solicita participación de los estudiantes procurando que se mencionen las actividades realizadas la semana anterior, para partir de ello a la siguiente dinámica.	Los estudiantes comentarán lo trabajado en las sesiones anteriores.
La Autoestima enferma	5 min.	Se dará una breve explicación de los riesgos y consecuencias de tener una autoestima baja: "Cuando una persona tiene autoestima baja tiende a descuidarse, a herirse, a llegar incluso a excesos, si uno se siente mal lo expresa a veces con los demás, pero otras veces lo hace dirigiendo su tristeza o enojo a sí mismo, ejemplos claros quienes padecen una adicción, quien está triste y se emborracha, quien se deprime y deja sus actividades..."	Los estudiantes conocerán más acerca de la autoestima baja y sus repercusiones.
Cartel de Impacto: "La Autoestima enferma"	40 min.	Se armarán equipos de mínimo 8 participantes, los cuales tendrán como tarea realizar un cartel con un esquema, en donde se representen las consecuencias a corto y largo plazo de una Autoestima baja: "Autoestima enferma". Las opciones para el trabajo: - Esquema de Impacto (se representa en medio el tema: Autoestima enferma, y alrededor globos con consecuencias a corto plazo y en globos más lejanos consecuencias a largo plazo). - Diagrama de flujo o Mapa mental. La actividad consistirá en 3 fases: 1. Pre-proyecto del esquema: Los equipos elaborarán un borrador de su esquema, que tras su aprobación podrán representarlo y pasarlo a cartulina. 2. Proyecto del esquema: Los equipos realizarán su esquema en las cartulinas. 3. Calificación del esquema: Cada equipo expondrá su esquema ante el grupo y se seleccionará el mejor de acuerdo a los criterios: claridad, número de aspectos abordados, creatividad.	Los estudiantes elaborarán un esquema representando las consecuencias de la baja autoestima.

SESIÓN NO. 7: 14/10/14

Actividad	Tiempo	Descripción	Objetivos específicos
Recapitulación	5 min.	Se retomará lo trabajado en las sesiones anteriores: <ul style="list-style-type: none"> - Se solicita participación de los estudiantes procurando que se mencionen las actividades realizadas la semana anterior. 	Los estudiantes recordarán y comentarán lo trabajado en las sesiones anteriores.
Conclusión de Autoestima	5 min.	Se continuará con la recapitulación de las actividades realizadas hasta el momento y se solicitarán los carteles de Autoestima que se elaboraron de tarea, se dará un momento para apreciar los realizados por los demás compañeros.	Los estudiantes expondrán sus carteles.
Emociones	30 min	Se dará la introducción al tema de las Emociones, qué son, para qué sirven, cuáles son... Tras lo cual se darán las instrucciones para la actividad del día: Formarán equipos de 4 a 7 personas, no importa si son hombres o mujeres o de los dos. En una hoja tamaño carta o de cuaderno escribirán sus nombres, completos y hasta arriba de la hoja. <ol style="list-style-type: none"> 1. Luego escribirán número uno: Concepto de emociones 2. Número dos: Para qué sirven 3. Número tres: Nombrar 12 emociones 4. Número cuatro: Elegir a un representante y a un actor para la siguiente actividad. <p>El equipo que terminé primero ganará 100 puntos, el que sigue 90 y así consecutivamente los siguientes.</p>	Los estudiantes conocerán las bases de qué son las emociones.
Actuando emociones	10 min	Se pasarán a actuar o representar emociones: <ul style="list-style-type: none"> - El actor elegido por cada equipo pasará y leerá la emoción en un papel, tendrá unos segundos para prepararse, una vez listo comenzará su actuación que durará máximo 15 segundos, en los cuales los demás equipos permanecerán en silencio, una vez finalizada la actuación el equipo del actor tendrá 3 oportunidades, para acertar a la emoción que se representó, únicamente el líder representante del equipo podrá usar las 3 oportunidades, tras haberlo comentado con sus compañeros de equipo. Si aciertan ganarán 10 puntos. <p>Si no aciertan, el siguiente equipo tendrá la oportunidad de adivinar y ganas los 10 puntos, si ese equipo tampoco acierta se dice la emoción sin que gane puntos nadie.</p> <p>Finalmente se harán aclaraciones y conclusiones del tema.</p>	Los estudiantes reconocerán las emociones representadas por sus compañeros.

SESIÓN NO. 8: 15/10/14

Actividad	Tiempo	Descripción	Objetivos específicos
Recapitulación	5 min.	Se retomará lo trabajado en las sesiones anteriores: - Se solicita participación de los estudiantes procurando que se mencionen las actividades realizadas la semana anterior, para partir de ello a la siguiente dinámica.	Los estudiantes recordarán y comentarán lo trabajado en las sesiones anteriores.
Representando el bullying	20 min.	Se armarán equipos y uno por uno pasarán a actuar alguna situación de Bullying, se orientará y dará consejo sobre las distintas formas de bullying, las formas en que se expresa, tras lo cual se hace una reflexión de cómo se siente ocupar cualquier de los papeles dentro del Bullying, dando a entender que todos están ocupando un papel aunque sea pasivamente. <ul style="list-style-type: none"> • Víctima, victimario, observadores 	Los estudiantes reflexionarán y desarrollarán su empatía por medio de la representación de situaciones de Bullying.
Una carta perdida en la escuela	10 min.	Se procurará tener relajado al grupo y después se hará lectura de una "Carta de una estudiante", una historia sobre cómo se vive el bullying y de qué manera repercute en la vida de alguien, cómo son los sentimientos, los pensamientos que surgen, se mencionan algunos de los factores que influyeron, tanto en el contexto familiar como en el escolar, se relata así la historia hasta un punto, antes de dar conclusiones o cerrar la historia, para dar oportunidad a la participación de los estudiantes: ¿Se imaginan lo que es vivir así? ¿Les suena a algo conocido? ¿Creen que algo así llegue a ocurrir en su escuela? ¿Qué harían si esa persona víctima de bullying les cuenta esto? Posteriormente se da la conclusión a la historia, dejando la pregunta de tarea: ¿Cómo resolverían el problema? <ul style="list-style-type: none"> • Es la reflexión con la que se comenzará la sesión siguiente. 	Los estudiantes escucharán un relato de Bullying identificando todo lo que conlleva, sensibilizándose ante ese tipo de situaciones.

SESIÓN NO. 09: 16/10/14

Actividad	Tiempo	Descripción	Objetivos específicos
Recapitulación	5 min.	Se retomará lo trabajado en las sesiones anteriores: - Se solicita participación de los estudiantes procurando que se mencionen las actividades realizadas la semana anterior, para partir de ello a la siguiente dinámica.	Los estudiantes recordarán lo trabajado antes.
La solución de problemas	20 min.	Se comenzará retomando la actividad anterior sobre el Bullying, partiendo de la reflexión de la "Carta perdida"(relato de bullying), de ser necesario se leerán fragmentos de la carta para mejorar la reflexión del tema. Se mostrarán en el pizarrón los pasos de la Solución de problemas, se pedirá a los estudiantes escribirlos en sus cuadernos y participar, proponiendo cuáles serían los pasos para solucionar el problema. Se guiará así la actividad demostrando los pasos de la solución de problemas a la vez que analizando el problema de Bullying. Ejemplo: <ol style="list-style-type: none"> 1. Definir problema: Los compañeros molestan y agreden en la escuela 2. Identificar opciones: Enfrentarlos/Pedir ayudar a profesores, orientador o padres/Cambiarse...etc. 3. Analizar opciones: Descartando opciones según pros y contras 4. Escoger mejor opción: Pedir ayuda a orientador resulta con más pros que contras... 5. Ponerlo en práctica: Pedirle ayuda y en caso de que no, recurrir a siguiente opción... o... 	Los estudiantes conocerán los pasos de la solución de problemas aplicados a una situación de Bullying.
Mi propia historia	25 min.	Cada quien en su lugar, con su respectiva hoja, recordará o imaginará alguna situación problemática, la cual tratará de resolver cada uno a partir de los pasos de Solución de problemas. Esta parte del ejercicio es más de trabajo personal, en donde podrán trabajar situaciones reales, más que de guiar la actividad grupalmente se trata de dar orientación individual o por parejas, máximo por tercias pues más personas no trabajan igual un problema. Para desarrollar con mayor creatividad la dinámica, se puede plantear desde el inicio alguna metáfora: "Todos ustedes son protagonistas de su propia historia, quienes la escriben y la modifican, como en toda historia/obra de teatro/película, siempre hay partes problemáticas, y a partir de la solución es que crecemos como persona, pueden superar la situación que deseen" En caso de que no propongan situaciones ellos mismos se pueden sugerir algunas: riesgo de reprobación el año, dejarse de hablar con alguien en casa, discusión con amigos, un rompimiento de pareja.	Los estudiantes seguirán los pasos de la Solución de problemas en una situación propia.

SESIÓN NO. 10: 21/10/14

Actividad	Tiempo	Descripción	Objetivos específicos
Recapitulación e introducción	5 min.	<p>Se retomará lo trabajado en las sesiones anteriores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se solicita participación de los estudiantes procurando que se mencionen las actividades realizadas la semana anterior. <p>“Ya se han trabajado los temas del autoestima, las emociones, la solución de problemas y esta vez conoceremos la asertividad, que implica reaccionar de forma adecuada a las situaciones, en congruencia con el momento, el lugar y el modo. Si algunos de ustedes lo notaron, en los problemas que vimos la vez pasada, varios mencionaron problemas con otras personas y justamente llegan a ser los más difíciles, pues no siempre tenemos la mejor comunicación. Dentro de la comunicación existen 3 estilos de respuesta: los agresivos que abusan y se sobrepasan, los pasivos que no se defienden o no expresan suficiente, y los asertivos que mantienen un equilibrio entre lo que hace y lo que no”.</p>	Los estudiantes recordarán y comentarán lo trabajado en las sesiones anteriores.
Filas de estilos	15 min.	<p>Se expondrán distintas situaciones problemáticas, ante las cuales se proporcionarán diferentes opciones de respuesta: a b y c. De acuerdo a la opción elegida los estudiantes se acomodarán en una fila o en otra, siendo tres filas que representan respectivamente a b y c.</p> <p>Tras cada situación y la lectura de las respuestas, se expondrá cual fue el estilo de respuesta agresivo, el pasivo y el asertivo, explicando brevemente los aciertos o los errores en cada respuesta, lo importante es reconocer lo adecuado e inadecuado en cada tipo de respuesta.</p>	Los estudiantes identificarán su estilo de respuesta en situaciones cotidianas.
Debatir estilos	25 min	<p>Se realizará un debate:</p> <p>Se separará al grupo en 2 grandes equipos, para cada uno habrá un líder que se elegirá desde el principio. Una vez separados y ordenados los 2 equipos, se leerá una situación problemática y tendrán cierto tiempo para discutirlo en cada equipo y posteriormente hablarán únicamente los dos líderes, exponiendo por qué decidieron así, argumentando y protegiendo su decisión, tras lo cual se señalará qué estilo de respuesta adoptó cada equipo y cuál sería la respuesta más asertiva. Ganará quien consiga mayor número de respuestas asertivas.</p>	Los estudiantes discutirán y analizarán las respuestas que dan.

Afrontar con asertividad	10 min	<p>Se hará la actuación de un problema y luego se repetirá la actuación con las modificaciones que sugieran los estudiantes:</p> <p>Se representará una situación problemática entre tallerista y uno o dos estudiantes, por lo cual se solicitará al resto del grupo guardar silencio y poner mucha atención. En dicha situación problemática se demostrará un estilo de respuesta, y de acuerdo con el estilo de respuesta expuesto, se solicitará a los demás estudiantes participar diciendo qué se debería de modificar en la situación, como si los estudiantes fueran a tomar el control del actor a través de sus palabras, para que este pueda afrontar mejor el problema.</p> <p>En los ensayos el tallerista tomará un rol principal de manera que se pueda agilizar la actuación y el modelamiento de la asertividad ante el grupo.</p>	Los estudiantes harán ensayos para formular respuestas asertivas.
--------------------------	--------	---	---

SESIÓN NO. 11: 22/10/14

Actividad	Tiempo	Descripción	Objetivos específicos
Recapitulación	5 min.	Se retomará lo trabajado en las sesiones anteriores: - Se solicita participación de los estudiantes procurando que se mencionen las actividades realizadas la semana anterior: “La sesión pasada se trabajó el tema de los Estilos de respuesta, el agresivo, el pasivo y el asertivo, hoy veremos el último tema del Taller, que es la Sexualidad, en esta sesión tendrán todavía oportunidad de participar para ser tomados en cuenta, y que se les recompense con algo en su calificación.”	Los estudiantes recordarán y comentarán lo trabajado en las sesiones anteriores.
Colecta de firmas	15 min.	Se solicitará a los chicos que saquen la mitad de una hoja, se da la indicación de que le pongan su nombre completo hasta arriba, y justo debajo escriban su firma, de ser que no tengan que inventen alguna. Después se dará la instrucción de que se recolecte la mayor cantidad posible de firmas, pasarán a firmas y a recibir las firmas de sus compañeros. Tendrán libertad de pararse de su lugar y moverse como gusten, pero en 25 segundos se finalizará la actividad, tras lo cual contarán el número total de firmas. Se proporcionará un marcador especial a algunos chicos para hacer las firmas, de modo que esas marcas especiales servirán como metáfora, siendo cada marca especial una infección de transmisión sexual, por lo que cada firma equivaldría a la relación y contagio con los demás. Se guía la dinámica de acuerdo a esto, a la reflexión del contagio de las ITS y la facilidad con que se propagan.	Los estudiantes reconocerán los riesgos y facilidades con que se propagan las ITS.
Los roles en la sexualidad	30 min.	Se dividirá al grupo en parejas, procurando que queden hombre-mujer, mujer-mujer y hombre-hombre. Después se les proporcionará una tarjeta a cada pareja, en la que dirá embarazo u homosexualidad, que son las situaciones que se hablarán y se negociarán dentro de cada pareja, pensando cómo manejar la situación, cómo lo hablarían con los papás y las demás personas, en el caso del embarazo si sí lo tendrán o no, cómo lo cuidarían, si seguirían estudiando, etc. A través de la reflexión se pretende hacer a los estudiantes más conscientes sobre las implicaciones que tiene el embarazo no planeado y las relaciones homosexuales. Las conclusiones se deben dirigir a la creación de un criterio más amplio y maduro sobre la sexualidad.	Los estudiantes analizarán y reflexionarán sobre situaciones complejas referentes a la sexualidad.

SESIÓN NO. 12: 23/10/14

Actividad	Tiempo	Descripción	Objetivos específicos
Recapitulación	5 min.	Se retomará lo trabajado en las sesiones anteriores pidiendo la participación de los estudiantes, haciendo un recuento general de los temas trabajados en el taller y las actividades realizadas.	Los estudiantes comentarán los temas trabajados.
Post-test	25 min.	Se preguntará si alguien no respondió el cuestionario al comienzo del taller, de ser así se pedirán sus nombres completos y se registrarán. Después se repartirán los cuestionarios a todos los estudiantes, se darán instrucciones de cómo responderlo: "Antes que nada pondrán su nombre completo en la parte superior de la primera hora, empezando por apellidos, después contestarán cada uno de los enunciados, de preferencia con pluma negra o algún color que se lea fácilmente. *Se leerán y explicarán los reactivos, de manera que todos terminarán de contestarlo prácticamente al mismo tiempo.	Los estudiantes contestarán el test de habilidades para la vida y estilos de vida saludable.
Reporte escrito	5 min.	Tendrán un pedazo de hoja y escribirán lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Nombre completo - "Quedó charla pendiente" (Aquellos con quienes quedó pendiente hablar algo, o que hay una situación que hay que arreglar, cuestiones de autolesión, anorexia, problemas familiares). - Qué fue lo que más te agradó del taller (actividades, temas,...) - Qué sugerirías para mejorar el taller (actividades, temas, reglas, acomodo del grupo). 	Los estudiantes darán retroalimentación del taller.
Conclusión, despedida y Cierre	15 min.	Se darán breves conclusiones sobre los temas del taller, la intención es reflexionar sobre lo trabajado y las áreas de oportunidad de los estudiantes. Finalmente cada facilitador se despedirá del grupo comentando cómo fue su experiencia, los minutos restantes se usarán para despedirse individualmente en los casos que se crea pertinente, y también para escuchar las palabras de algunos de los estudiantes.	Se darán las conclusiones y se reflexionará sobre las habilidades para la vida

4.- Término de la intervención

Se realizó la última sesión del taller, la cual consistió en la aplicación del post- test y la aplicación de un cuestionario, en el cual se respondieron preguntas sobre el taller:

¿Qué fue lo que más te gustó? ¿Qué sugerirías para mejorarlo? ¿Hay charla pendiente (Sí/No)?

En cuanto a las primeras dos preguntas se enfatizó la importancia de explicar el por qué, presentar de la forma más ampliamente posible qué actividades fueron las preferidas, cuáles no agradaron, qué temas o dinámicas gustaría que se hicieran más.

La tercera pregunta se le explicó a cada grupo, con “charla pendiente” se hacía referencia a una solicitud de apoyo por parte de los estudiantes, se pidió que aquellos que estuvieran padeciendo algún problema grave (bullying, adicciones, trastornos alimenticios, autolesión o problemas familiares graves), podían escribir que sí había charla pendiente para tener una plática posterior al taller, una breve entrevista a partir de la cual se podrían hacer sugerencias de solución, con apoyo de las autoridades de la escuela.

Dicha pregunta sirvió así para la detección de casos específicos que tuviesen necesidades especiales, aquellos que podrían requerir un apoyo psicológico individual con mayor urgencia que otros. Hubo quienes hicieron la solicitud de ayuda de ese modo por propia iniciativa, mientras que a otros se les hizo la sugerencia de escribirlo, pues mediante el desarrollo de las sesiones y los resultados de algunas actividades el equipo de facilitadores detectó factores de riesgo latentes en casos específicos.

Además de las solicitudes de apoyo reportadas en el cuestionario, aun finalizado el taller se continuó con el análisis de los trabajos resultantes de las actividades, y se trabajó en colaboración de autoridades del plantel, contrastando información sobre aquellos estudiantes que presentaron conductas de riesgo, se indagó sobre la forma en que se han atendido las necesidades especiales de algunos de estudiantes. A partir de dichos análisis se solicitó permiso y espacio para realizar entrevistas a los estudiantes que se consideraron con conductas de riesgo.

Para tal detección se consideraron ciertos aspectos: presencia o rasgos de padecer un trastorno psicológico, depresión, adicciones, conducta alimentaria de riesgo, autolesiones, ideas suicidas y violencia intrafamiliar.

Las entrevistas se realizaron dentro de las instalaciones del plantel, en un aula y en dos oficinas que se prestaron para la actividad, cada entrevista fue de tiempo variable, en promedio las entrevistas tomaron de 15 a 20 minutos, en las cuales se indagó sobre las problemáticas expresadas por los estudiantes, se investigó sobre el origen de cada caso, las posibilidades de apoyo por parte de los tutores y se procuró identificar diversas opciones de solución, fomentando a partir de orientación conductas de resiliencia.

Además se informó que de ser solicitado formalmente el apoyo se citarían a padres o tutores a una plática donde se haría sugerencia de recibir atención psicológica y breve orientación sobre cada caso, así se procedió con algunos de los estudiantes.

La reunión consistió en una plática donde se expuso información general de la adolescencia y conductas de riesgo, además de una entrevista posterior con cada uno de los tutores, informando los hallazgos del taller y análisis de actividades, con lo cual se hizo sugerencia de recibir atención psicológica en los casos pertinentes, presentando información sobre centros de atención accesibles y mencionando además las áreas de oportunidad de los estudiantes.

Finalmente en colaboración con autoridades del plantel, se procuró realizar nuevas reuniones con los tutores, de modo que se lograsen efectuar las sugerencias con cada uno de los casos detectados.

5. RESULTADOS

Se realizaron análisis de los resultados recabados por el Cuestionario de estilos de vida saludables y el Test de habilidades para la vida, hallando la relación entre autocuidado y habilidades para la vida para seguir posteriormente, con el análisis de las observaciones, los diarios de campo y entrevistas, de las cuales se realizará la respectiva triangulación. Posteriormente se realizará una triangulación de los hallazgos de las técnicas cuantitativas y cualitativas, con lo que los resultados se podrán interpretar de mejor manera.

En la triangulación de los dos métodos se corroborarían algunos de los datos, mientras que posiblemente otros se descarten o se puedan rebatir, la metodología mixta permite poner en tela de juicio algunas de las teorías existentes, permaneciendo a través de la intervención con una perspectiva crítica, hacia otros trabajos como al mismo, en este proyecto los análisis se dirigirán además, a extender la validez y relevancia del enfoque de habilidades para la vida, y el empleo del concepto de Autocuidado, ya que actualmente no se utiliza mucho y se suele remitir a población de adultos mayores y temáticas de salud específicamente corporal.

RESULTADOS CUANTITATIVOS

Con los datos obtenidos mediante los dos cuestionarios aplicados se realizó el procedimiento T de student y correlación de Pearson para contrastación de las hipótesis, los análisis reportados a continuación son de una muestra total de 84 participantes, los cuales representan los grupos B y C.

El grupo A obtuvo resultados distintos del resto de la muestra, las medias de sus puntuaciones resultaron más bajas que los otros dos grupos; mientras que en el grupo B y C la tendencia fue el incremento en cada puntuación, en el grupo A hubo puntuaciones que por el contrario disminuyeron, lo cual podría explicarse por ciertas características intrínsecas del grupo. El grupo A recibió un taller de autocuidado meses antes de la presente investigación, es posible que haya influido dicha experiencia en el taller aquí reportado, puesto que para este grupo se pudo considerar como una segunda intervención

con las expectativas y actitudes que ello implica, además de que en este grupo hubo conductas disruptivas que alteraron radicalmente el desarrollo de las sesiones. En la página 90 se muestran los análisis por grupos para reconocer más de estas diferencias.

Además de los resultados del grupo A, hubo algunos estudiantes que tampoco se incluyeron en la muestra de análisis puesto que hubo algunos que no respondieron uno u otro de los cuestionarios, o cuyas inasistencias hicieron demasiado irregular su participación en el taller.

La muestra analizada quedó entonces distribuida de la siguiente manera:

	Total	Hombres	Mujeres
Grupo B	46	26	20
Grupo C	38	20	18
Muestra total	84	46	38

Para comprobar los resultados del taller se realizó el procedimiento T de student para muestras relacionadas, se analizaron así las puntuaciones del pre test y post test, a partir de lo cual se obtuvieron los resultados reportados en la Tabla 1. (Ver p. 72), explicados a continuación:

- Habilidades para la vida

Conocimiento de sí mismo: De las habilidades para la vida ésta fue la que resultó con mayores puntuaciones, en congruencia con las 4 sesiones que se destinaron en su desarrollo, fue la que contó con mayor cantidad de sesiones. A pesar de que desde el inicio contó con una puntuación alta en comparación con las demás sí hubo un incremento estadísticamente significativo, los estudiantes se conocen más a sí mismo al término del taller.

Es además importante dentro del planteamiento de nuestra hipótesis, como parte de la autoestima hay características que están intrínsecas en la conducta de autocuidado, la autonomía, el compromiso con uno mismo, la elección de comportamientos procurándose salud a uno mismo, así como el fortalecimiento del auto concepto, entre otras.

La empatía: Esta escala se mantuvo alta en comparación con las otras habilidades, sin embargo no presentó diferencia estadísticamente significativa.

Comunicación asertiva: Se consiguieron puntuaciones más bajas que las de la escala de empatía, tampoco hubo diferencia estadísticamente significativa.

Solución de problemas y conflictos: Se obtuvo una media menor que de las escalas de empatía y comunicación asertiva, sin embargo esta habilidad se aproximó más a un cambio significativo.

Manejo de emociones y sentimientos: Esta habilidad resultó con la menor puntuación de las 5 habilidades contempladas en el pre-test, sin embargo se desarrolló a lo largo del taller y tuvieron un incremento estadísticamente significativo, lo cual implica que los estudiantes aprendieron a manejar de forma más adecuada sus emociones.

Puntuación total de Habilidades para la Vida: Se consiguió una diferencia estadísticamente significativa del total de las 5 habilidades, fueron el conocimiento de sí mismo y el manejo de emociones y sentimientos las que también tuvieron dicha diferencia significativa, mientras que las otras 3 habilidades se aproximaron sin conseguirlo, a partir de lo cual podemos distinguir cuáles se desarrollaron más con ayuda del taller.

- Estilo de vida saludable

Familia y amigos: Esta dimensión del estilo de vida obtuvo una diferencia estadísticamente significativa, lo que implica que la comunicación y lazos familiares se fortalecieron a lo largo del taller, así como las relaciones de amistad.

Actividad física: Se obtuvo diferencia estadísticamente significativa, del inicio al final del taller se incrementó la frecuencia con que realizan actividad física los estudiantes.

Nutrición: Se consiguió un cambio significativo, con lo cual se puede deducir que los participantes mejoraron sus hábitos de alimentación a lo largo del taller.

Tabaco: Consiguió una diferencia significativa, se fumó menos al final del taller con respecto al inicio.

Alcohol y otras drogas: No hubo diferencia significativa entre pre test y pos test, la frecuencia con que se consumen las sustancias se alteró, no obstante no de forma significativa.

Sueño – Estrés: Los hábitos de sueño y manejo de estrés se mejoraron durante el taller, sin embargo esta diferencia no resultó significativa.

Trabajo (Escuela): En esta variable se logró una diferencia significativa, es decir, al final del taller los estudiantes desempeñaron sus actividades con menor grado de ansiedad y enojo, realizan las actividades sin alterar su estabilidad emocional.

*Esta variable no es aplicable a la mayoría de estudiantes pues no cuentan con trabajo, por lo cual esta escala se explicó y consideró como Escuela, lo que implica las tareas, actividades y comportamientos en cuanto a las labores escolares.

Introspección: Con los análisis se demuestra una diferencia estadísticamente significativa, el bienestar emocional y pensamientos sobre uno mismo se mejoraron con ayuda del taller.

Control de salud y conducta sexual: Se halló diferencia significativa entre el pre test y post test, lo que implica que más estudiantes se realizan chequeos médicos y cuidan sus hábitos en torno a su sexualidad.

Otras conductas: En esta variable se consideró seguridad y responsabilidad con respecto a las vialidades y tránsito, no hubo diferencia significativa.

Puntuación Total de Estilo de vida: Hubo un incremento estadísticamente significativo de la puntuación total de las escalas de Estilo de Vida, no obtuvieron un incremento estadísticamente significativo la escala de Alcohol y otras drogas, Sueño-estrés y Otras conductas; las 3 consiguieron incrementarse pero no significativamente, Sueño-estrés y Otras conductas no se trabajaron mas que al hacer exposición de hábitos saludables y no saludables, mientras que en el caso del Alcohol y otras drogas sí se contempló el tema y se abordó, en relación con el abuso, relación de su uso con la autoestima, e inclusive juego de roles referente al ofrecimiento de drogas entre pares.

De las escalas en que se encontraron mayores diferencias están: Actividad física, Introspección y Control de Salud y conducta sexual.

La actividad física se incrementó a pesar de que no fue de los temas que se expusieron más en el taller.

A su vez, la escala de Control de Salud y conducta sexual fue de las que tuvieron mayor incremento, algunos de sus aspectos se consideraron en las primeras sesiones y se retomaron en la penúltima sesión, se puede decir en este caso, que explícitamente se abordó esta variable en más de una sesión y eso se evidencia en los resultados.

Con el taller se desarrollaron habilidades para la vida a la vez que los hábitos que integran el Autocuidado y Estilo de vida saludable.

Tabla 1. Resultados del Test de Habilidades para la vida (Díaz Posada et. al., 2013) y del Cuestionario de estilos de vida saludables (Lange & Vio, 2006).

Categoría	Pre		Post		T	P
	Media	Desv.	Media	Desv.		
Conocimiento de sí mismo	29.27	4.532	30.21	4.529	-2.361	.021*
Empatía	28.06	4.863	28.29	4.578	-.624	.534
Comunicación asertiva	27.14	4.027	27.30	4.643	-.364	.716
Solución de problemas y conflictos	26.13	3.996	26.71	3.701	-1.354	.179
Manejo de emociones y sentimientos	25.81	5.788	27.00	5.373	-2.299	.024*
Total HPV	136.42	16.949	139.51	16.987	-2.649	.010*
Familia y amigos	3.05	1.129	3.26	1.043	-2.307	.024*
Actividad física	3.70	1.387	4.20	1.479	-4.425	.000**
Nutrición	3.83	1.016	4.11	.994	-2.135	.036*
Tabaco	3.64	.755	3.81	.570	-2.016	.047*
Alcohol y otras drogas	9.05	1.129	9.10	.965	-.363	.717
Sueño-Estrés	3.87	1.240	4.06	1.347	-1.458	.149
Trabajo (Escuela)	2.40	.958	2.75	1.016	-3.285	.001**
Introspección	3.65	1.384	4.19	1.517	-4.210	.000**
Control de Salud y Conducta sexual	3.00	1.344	3.56	1.516	-4.218	.000**
Otras conductas	3.05	.917	3.14	.907	-.942	.349
Total EV	39.25	6.265	42.18	7.191	-6.349	.000**

* < .05 ** < 0.01

Para contrastar la segunda hipótesis se realizó una correlación de Pearson, comprobando la relación que existe entre las dos variables, habilidades para la vida y autocuidado, a partir de lo cual se detectó correlación positiva moderadamente significativa entre ambas variables, correlación de .579 previo al inicio del taller y correlación de .644 en la finalización del taller, con un nivel de significancia de 0.01, por lo cual se comprueba la hipótesis de correlación positiva entre ambas variables.

Además de la correlación hallada entre las dos variables (Habilidades para la vida y Estilo de vida), se realizó mismo procedimiento para cada escala de los cuestionarios, con lo cual se detectaron las correlaciones más significativas.

Previo al taller: Se encontró una correlación moderadamente significativa de .539 entre Manejo de emociones y sentimientos y la puntuación general de Estilo de Vida, lo que implica que previo al taller la habilidad que tuvo mayor influencia en el Estilo de vida fue la capacidad de reconocer, expresar y regular emociones. Un uso adecuado de las emociones influye en el adolescente adoptando y manteniendo hábitos saludables, al contrario es posible que descuide sus hábitos a partir de inestabilidad emocional.

Posterior al taller: La misma habilidad de Manejo de emociones y sentimientos mantuvo correlaciones significativas con un mayor número de escalas, de .579 con Familia y amigos, de .507 con Trabajo (Escuela), y de .639 con la puntuación general de Estilo de vida. Influyó de manera general en el estilo de vida, principalmente en el contexto familiar y de trabajo.

Un adecuado manejo de emociones influye en todas las relaciones interpersonales favoreciendo la convivencia y comunicación con los demás, mientras que un manejo inadecuado de las emociones tendería a generar conflictos, como en el caso de adolescentes que dominados por enojo o tristeza se distancian de los demás integrantes de la familia.

En cuanto a Trabajo (Escuela) el adecuado manejo de emociones puede influir drásticamente, tal como se ha expresado en diversos programas de inteligencia emocional dirigidos a empresas, en el caso del adolescente en cuanto a sus deberes escolares podría también servir esta habilidad, de manera que se pueda interactuar en clase y cumplir con las actividades de manera satisfactoria, en caso contrario un estudiante que dominado por su enojo incurre en conductas disruptivas, puede fácilmente ser acreedor a sanciones que afecten su desempeño escolar e inclusive la continuación de sus estudios.

Se halló una correlación moderada de .584 entre Conocimiento de sí mismo y Estilo de vida, entre mayor sea el autoconocimiento mayores son los cuidados de la propia salud.

Además se obtuvo una correlación de .504 entre la puntuación total de Habilidades para la vida y la escala de Actividad física. Las habilidades para la vida se correlacionan con diversas escalas del Estilo de vida, sin embargo la correlación más fuerte de la puntuación total de Habilidades para la vida se obtuvo con la escala de Actividad física, .504. Es decir, a mayor desarrollo de las habilidades para la vida mayor desarrollo en cuanto a la Actividad física, más ejercicio y práctica de deporte.

Tabla 2. Correlaciones de Pearson de la post evaluación

		Familia	Actividad Física	Trabajo (Escuela)	Puntuación total de Estilo de Vida
Conocimiento De sí mismo	Correlación Sig. (2-tailed)	,463** ,000	,441** ,000	,465** ,000	,584** ,000
Manejo de emociones y sentimientos	Correlación Sig. (2-tailed)	,579** ,000	,384** ,000	,507** ,000	,639** ,000
Puntuación total de Habilidades para la Vida	Correlación Sig. (2-tailed)	,492** ,000	,504** ,000	,377** ,000	,644** ,000

** . Correlación es significativa al nivel de 0.01

* . Correlación es significativa al nivel de 0.05

RESULTADOS CUALITATIVOS

Complementando los análisis cuantitativos se realizaron análisis cualitativos, considerando así los resultados de las principales actividades dentro del taller.

Aproximación al contexto

- Aproximación documental

La Magdalena Contreras es una de las 16 delegaciones en que se divide el Distrito Federal. Se localiza al sur poniente del Distrito Federal, en el margen inferior de la Sierra de las Cruces.

Colinda al norte con la Delegación Álvaro Obregón; al este con las delegaciones Álvaro Obregón y Tlalpan; al sur con la Delegación Tlalpan y al oeste con el Estado de México y la Delegación Álvaro obregón.

De las 16 delegaciones, La Magdalena Contreras ocupa el noveno lugar en extensión, con una superficie territorial de 7,458.43 hectáreas, lo que representa el 5.1% del total territorial del Distrito Federal. De esta superficie, el 82.05% (6,119.46 hectáreas) es área de conservación ecológica y el 17.95% restante (1,338.97 hectáreas) es área urbana.

En la Delegación existen elevaciones importantes con altitudes que llegan incluso hasta los 3,789 msnm.

De acuerdo con datos de 2010 recabados por el INEGI la población total de La Magdalena Contreras era de 239 086 habitantes, 2.7 % de la población de la entidad. 47.9% eran hombres y 52.1 % mujeres, una relación de 92 hombres por cada 100 mujeres. La densidad poblacional es de 3 771.1 habitantes/km²

Se caracteriza por presentar un perfil en el que destaca la población joven, cuentan con una edad mediana, la mitad de la población tiene 30 años o menos.

La razón de dependencia por edad es de 45.5, es decir, por cada 100 personas en edad productiva (15 a 64 años) hay 46 en edad de dependencia (menores de 15 años o mayores de 64 años).

En cuanto a vivienda, el total de viviendas particulares habitadas es de 63 255, un promedio de 3.8 ocupantes por vivienda, 1.4% son viviendas con piso de tierra.

La Delegación La Magdalena Contreras presenta un panorama donde sobresalen las viviendas de tipo unifamiliar, con muy pocas viviendas de carácter plurifamiliar y departamental. De hecho, sólo existe un conjunto habitacional de grandes proporciones: la Unidad Independencia, construida por el Instituto Mexicano del Seguro Social en 1960, existiendo en ella 2 mil 234 viviendas (La Magdalena Contreras, 2015).

En cuanto a Características educativas, de cada 100 personas 98 sabían leer y escribir en 2010, la asistencia por grupo de edad es la siguiente: de 3 a 5 años 60.4%, de 6 a 11 años 97.1%, de 12 a 14 años 94.5%, y de 15 a 24 años 49.1%. Existe una disminución de la asistencia escolar entre el nivel primaria y nivel secundaria, y esa disminución se acentúa al aumentar la edad, de cada 100 personas de 15 años y más, sólo 23 tiene algún grado aprobado en educación superior.

Características económicas; la población de 12 años y más económicamente activa es de 56.5%, el 95.4% tiene una ocupación, mientras que la población no ocupada es de 4.6%.

Situación conyugal, de cada 100 personas de 12 años y más, 37 son casadas y 15 viven en unión libre. Hay 2 802 personas de 5 años y más que hablan alguna lengua indígena, lo que representa el 1% de la delegación. (INEGI. Censo General de Población y Vivienda 2010. SNEIG, información de Interés Nacional.)

De acuerdo con la Encuesta de adicciones de adolescentes (2012) la delegación Magdalena Contreras es de las delegaciones con mayor abuso de alcohol, 24.3 %.

- Aproximación por medio de entrevistas a informantes clave y a adolescentes:

- a) Entrevistas a informantes clave (Previo al taller)

Se entrevistó a un orientador, a un profesor y asesor de grupo, y a un trabajador social. A partir de reportado en las entrevistas se llegó a las siguientes conclusiones:

La delegación Magdalena Contreras y la colonia donde está ubicado el plantel, aun guardan diversas costumbres, por lo que se inculcan valores constantemente en los estudiantes, se mantienen tradiciones que reafirman la identidad cultural de los adolescentes, incluyéndoles en actividad que se realizan en conjunto con los adultos.

Inclusive se realizan actividades entre estudiantes y profesores, como lo son torneos de fútbol, tablas rítmicas y colaboración en desfile de la colonia.

En comparación con escuelas de otras zonas de la Ciudad de México, en esta permea todavía buena conducta en los estudiantes, sin situaciones tan graves como en otras.

A diferencia de otros planteles, en este el turno de la tarde se comporta mejor que los de la mañana, se exige mucho más que en otros lugares por ser esta escuela importante en la demarcación, en la tarde no se inscriben estudiantes que no van acorde al año como en otras escuelas, es decir no admiten en la tarde estudiantes rezagados, lo que de acuerdo con las autoridades influye también en el hecho de que se tenga más control y mejor desempeño. Sobre la demanda para ingresar a este plantel refieren que incluso hay varias personas que se quedan a la espera de lugar, pues es reconocida en la zona.

También se indagó sobre las problemáticas que se dan en la secundaria, refieren que autolesiones suelen ocurrir cada año, pareciera que es un fenómeno que se ha naturalizado pues no se expresó como alarmante, ni como un problema que atender.

La autolesión meses antes fue motivo para solicitar apoyo a un centro de atención psicológica, por lo que antes se llevó a cabo un taller de prevención con dos grupos de la escuela, es importante tomar en cuenta este fenómeno pues no sólo pareciera haberse

naturalizado, y ser un problema que se ha ido desarrollando año con año, sino que además resulta importante cómo le han afrontado

De acuerdo con las autoridades entrevistadas, los problemas de los adolescentes se originan en la atención brindada o no por parte de los padres, por seguir modas, por no tener la oportunidad de expresarse y ser escuchados, algunos de los tutores dieron a entender que dichos problemas surgían como mecanismo para llamar la atención de los demás.

Sobre las problemáticas se mencionó que existe un índice muy bajo de deserción y que además se ha estado implementando una estrategia, donde se atienden casos particulares con bajas calificaciones o conducta inapropiada, con el fin de brindarles apoyo y que los estudiantes logren continuar su educación.

Uno de los tutores expresa que la necesidad principal que ha detectado es la de escuchar a los adolescentes, que en vez de brindarles cierta orientación, en ocasiones es necesario más bien hacer ejercicio de escucha activa, que se requiere que ellos puedan expresar sus situaciones para poder hallar mayor bienestar.

Otro de los entrevistados lo que refiere sobre la conducta de los estudiantes lo hace en función de si les hacen caso o no los padres, comprendiendo los problemas como una cuestión de atención.

b) Entrevistas a adolescentes (Sesión 1)

Se entrevistaron a aproximadamente 40% de los estudiantes de la muestra. Las entrevistas grupales tuvieron doble finalidad, por un lado la detección de necesidades y del estado del grupo, y por otro se fomentó a la vez un ambiente de colaboración y confianza, ya que se escuchó al grupo antes que cualquier otra cosa.

Se hicieron preguntas breves para tener una apreciación de los conocimientos que tienen los adolescentes sobre los temas que tentativamente se darían en el taller, sin embargo no se encontraron respuestas que expresaran dominio de los temas.

A continuación lo reportado tema por tema:

Sobre la autoestima la mayoría de los estudiantes refirieron tener algunos conocimientos, un concepto más o menos claro de qué es, se calificaron su propia autoestima a partir de lo que varios dijeron tener una buena autoestima, pero otra buena proporción refirió tener una autoestima regular.

En relación al autocuidado la mayoría mostró tener conocimientos básicos sobre hábitos protectores de la salud, sin embargo algunos aspectos del estilo de vida no se mencionaron.

Expresaron pocos conocimientos sobre las emociones, demostraron no hallar distinción entre emociones y sentimientos, emociones y sensaciones, algunos pocos describen las emociones en función de lo que se expresa, la mayoría dice saber qué son pero no manejarlas, refieren tener reacciones explosivas, y dificultades para controlar principalmente el enojo y la tristeza.

Refieren tener mala comunicación entre compañeros y con sus familias, la mayoría no conocen el concepto de asertividad.

En cuanto a adicciones: Refieren tener conocimiento de diversas drogas y sus diferentes presentaciones, la mayoría expresa no estar interesado en consumirlas, sin embargo varios expresaron no estar preparados plenamente para decir no si se les incitara al consumo, otros dicen que sí están preparados aunque por medio de lenguaje no verbal expresan duda. Una minoría refirió haber consumido alguna vez marihuana y ocasionalmente alcohol en reuniones familiares, unos casos además comentaron saber de familiares cercanos que consumen y/o venden droga.

Sobre la sexualidad dicen conocer bien los temas, estar suficientemente informados, sin embargo sus conocimientos se limitaron a temas como las ITS y lo referente a métodos anticonceptivos, mas desconocen otros temas de sexualidad como lo que son los roles de género, expresaron no estar listos para comenzar una vida sexual.

En lo referente al bullying hay diferencias entre lo reportado de unos y otros, quienes dicen estar a gusto con el ambiente dentro de su grupo y aquellos que dicen estar incómodos buena parte del tiempo, algunos mencionan que sí hay bullying pero principalmente fuera de su salón, refiriéndose al plantel en general, algunos de los entrevistados mencionaron que sí suelen usarse apodosos y se hacen burlas ocasionales, solamente en un grupo mencionaron que sí se realizan burlas y conflictos de mayor gravedad, en uno de los grupos mencionan que participan activamente evitando que suceda el bullying separando y tratando de amenizar los conflictos.

Pareciera que dicho proceso ha pasado por un proceso de naturalización, puesto que hablando al respecto se comentan los sucesos como algo cotidiano, sin demostrar preocupación ni expresarse del tema como problemática entre sus compañeros, sin embargo más adelante durante desarrollo y finalización del taller sí se reportaron casos graves de bullying, que incluso habían llegado a mayores instancias, al punto de presentar cartas con el director del plantel.

En cuanto a las sugerencias la mayoría de los entrevistados no sugirieron temas a trabajar durante el desarrollo del taller, sin embargo algunas de las sugerencias fueron: trabajar autoestima y noviazgo, cómo defenderse de otros y conflictos familiares, particularmente un subgrupo de entrevistadas enfatizaron las dificultades en el ámbito familiar, refiriendo que en sus casas había violencia, padres ausentes y en otros casos la preferencia de unos hijos por otros. En dos de los tres grupos algunos mencionaron interés por el tema de orientaciones sexuales diferentes, pues dicen que varios en sus salones son homosexuales o bisexuales y han sufrido discriminación por parte de profesores. Desde ese primer encuentro se realizaron así solicitudes de apoyo por dichas problemáticas.

Los hallazgos más relevantes obtenidos a partir de las entrevistas a adolescentes: podrían considerarse que no cuentan con conocimientos amplios de la mayoría de temas contemplados, los temas que propusieron que se abordaran son necesidades que probablemente tengan más estudiantes que aquellos que las refirieron y, son de forma indirecta solicitudes de apoyo ante problemas que no han tenido orientación en casos particulares. Además queda la interrogante de por qué algunos temas que salieron a flote

conforme al avance del taller no se mencionaron inicialmente, sobre lo cual podrían originarse diversas explicaciones, entre ellas que no se entrevistó a la totalidad de estudiantes o que no existía aún la confianza para expresar ciertas necesidades.

Reseña de las actividades

Los resultados arrojados por cada una de las actividades desprenden varios materiales con los cuales se podría realizar un análisis cualitativo exhaustivo, el cual serviría como aproximación a la detección primaria de necesidades psicoterapéuticas, así como para la evaluación de las actividades empleadas, sin embargo ese análisis se sugiere para posteriores investigaciones, dado que no responde directamente a las hipótesis de la presente investigación.

Por ello los análisis que se muestran a continuación abarcan únicamente aspectos generales, distintas tendencias y particularidades en cada grupo.

c) Buscando mi concepto (Sesión 3)

Consistió en la realización de un cuadro en el que se definieron con un amplio listado de adjetivos a ellos mismos, esto de acuerdo al modo en que creen que los definirían sus padres, conocidos y familiares lejanos, amigos y ellos mismos.

La evaluación pareciera ser muy diferente en cada caso, de entre todo el grupo podemos observar 3 tendencias; uno, la de aquellos que se mantuvieron en su evaluación de forma muy neutral, con un balance entre fortalezas y debilidades, dos, aquellos que se pusieron una cantidad considerable de fortalezas y ninguna o casi ninguna debilidad, y tres, aquellos cuyas debilidades rebasaron la cantidad de fortalezas.

Hay que notar, que la dispersión tiende a los primeros dos grupos, sin embargo el tercer grupo es considerable como para hacer un mayor análisis de estos casos.

Otro aspecto a considerar son las diferencias entre el concepto que tienen los demás y el propio, pues hubo casos en que la diferencia era radical entre autoconcepto y concepto elaborado por los demás.

Un tercer aspecto que puede tener grandes implicaciones, es que contando con la lista de adjetivos algunos se limitan a usar dichas palabras, otros si realizaran incorrectamente la tarea podrían copiar casi todas como en algunos casos, sin embargo hay algunos que incluyen más palabras, las cuales por su contenido implican más confiabilidad, debido a que son palabras resultado de la reflexión de los estudiantes, en un caso de los del tercer grupo (más debilidades que fortalezas) se incluyeron hasta groserías, es muy importante este tipo de inclusiones pues hay certeza de que es lo que están plasmando los estudiantes.

-Autoestima y Autocuidado (Sesión 4)

Se presentaron los promedios de las puntuaciones del Cuestionario de Estilo de vida, reflexionando sobre el mismo, analizando grupalmente las expectativas de sus resultados con respecto a las calificaciones que habrían obtenido.

Se detectó interés por parte de los estudiantes, hubo dos tendencias en las expectativas sobre lo saludable del estilo de vida, los que pensaron que poseían estilos de vida no saludables y lo que pensaban tener un estilo de vida regular, no saludable pero tampoco de riesgo, de acuerdo con los puntajes obtenidos la media equivale a una puntuación regular, lo que reflejaría entonces cierta consciencia de los propios estilos de vida que poseen los estudiantes.

d) Carta a Uno mismo (Sesión 5)

Consistió en la elaboración de una carta dirigida a ellos mismos dentro de 3 años detallando cómo quisieran ser para entonces, reflexionando sobre las metas que esperarían para entonces haber cumplido.

Es dentro de este taller la actividad que requeriría mayor análisis cualitativo a profundidad, debido al contenido tan diverso y extenso que hay en cada carta, para efectos de dar una aproximación más o menos general no ha sido posible generar categorías claramente definidas.

Se logran expresar ciertas preocupaciones de algunos, metas bien definidas, ideaciones de lo que se espera en un futuro, personalmente, familiarmente, laboralmente, intereses,

gustos y pasatiempos que ya se están considerando como una forma de vida y no sólo gusto.

Hubo varios que no lograron visualizarse y se reportaron objetivos muy concretos como hacer una carrera o sólo seguir estudiando, mientras que otros especificaron una trayectoria incluyendo detalles de cada área de la vida.

Esta actividad sirvió en la detección de necesidades especiales en los estudiantes; algunos hacían mención de la superación de conflictos familiares, la resolución de problemas personales a lo largo de los años, e incluso hubo quienes expresaron no poder imaginarse, no visualizarse un futuro.

Los contenidos de cada carta representan mucho de la vida de cada estudiante, percepción de ellos mismos, de su contexto, aspiraciones y demás aspectos centrales en sus vidas.

e) Cartel de impacto “La Autoestima enferma” (Sesión 6)

Se realizó un cartel sobre la baja autoestima y sus consecuencias a corto y largo plazo.

La última actividad de las sesiones de autoestima, se plasman los conocimientos e ideas que se tienen respecto a la autoestima baja, es expresión artística y creativa por lo que se pueden reafirmar los conocimientos previos, la información plasmada de otra forma también se maneja y se procesa de otra forma.

Se esquematiza la información y se establece más conscientemente la relación autoestima baja y problemáticas como adicciones.

Esta actividad sirvió para evidenciar una relación entre la Autoestima y los estilos de vida de riesgo, el resultado no varió mucho de unos a otros, la mayoría comprende la existencia de dicha relación, sin embargo hubo quienes expresaron un análisis más complejo de dichas problemáticas, por ejemplo un caso específico de dos estudiantes que limitaron su cartel a la problemática de autolesión, incluyeron ilustraciones, mensajes de apoyo y frases pertinentes con los factores desencadenantes de la problemática.

f) Descubriendo las emociones (Sesión 7)

Consistió en la solución de una serie de preguntas referente a las emociones, dando cuenta de qué son, cuáles son algunas y para qué sirven.

Los resultados obtenidos de esta actividad reflejan un pobre lenguaje emocional, la mayoría de los estudiantes emplean pocas palabras para referirse a lo que sienten, además de que no parecieran tener consciencia de cómo es que pueden servirles.

g) Actuación de situaciones de Bullying (Sesión 8)

Se realizaron actuaciones de Bullying procurando la participación de todos los estudiantes, ya sea como agresores, víctimas u observadores.

Al comienzo del taller se indagó sobre bullying y no se reportó ningún caso, sin embargo en esta actividad hubo quienes recrearon situaciones que según ellos habían ocurrido dentro de sus salones.

h) Una carta perdida en la escuela (Sesión 9)

Se hizo lectura de un testimonio de víctima de Bullying, a partir de lo cual se realizaron preguntas para reflexionar y profundizar más en el tema.

Dentro del planteamiento de la actividad no se especificaba si la carta era real o ficticia, sin embargo algunos de los estudiantes la tomaron como un caso real, incluso pensaron y preguntaron quién había sido, lo cual evidencia de cierta forma que es una situación que conciben como posible en su propio salón, una vez más al descubierto probables casos de bullying que se no reportaron mediante entrevistas.

La interacción en esta dinámica variaba demasiado en cada grupo, en uno las respuestas se situaron más en la cuestión de si es algo real o no, respuestas superficiales, en otro caso las respuestas se mantuvieron en un nivel superficial sin esperarse muchas dificultades, mientras que en el tercer y último caso, las respuestas llegaron a un punto mayor de análisis, previendo incluso dificultades en las opciones de solución que se plantearon inicialmente, se problematizó más sobre el bullying y sus causas.

i) Aplicando Solución de Problemas (Sesión 10)

Tras haber explicado los pasos de la Solución de problemas, cada estudiante redactó cómo emplearían dichos pasos en la solución de una situación real, algún problema pasado o uno ficticio.

Dependiendo del tipo de problema elegido se distinguen tres grupos: los de problemas ficticios, los de problemas superados en el pasado y, los de problemas reales y actuales.

Los que eligieron problemas ficticios podría deducirse que prefirieron limitarse a los requerimientos de cumplir con la actividad, que un problema ficticio podría resultar más sencillo de describir y usar, pues ante cualquier dificultad en la actividad se pueden quitar y poner elementos del problema, aunque por otro lado, pueden estos problemas servir como resistencia ante dificultades reales, pues al trabajar un problema ficticio se puede estar evadiendo uno real.

Los problemas superados en el pasado podría igual servir como evasión de problemas actuales, sin embargo desbordaron trabajos bastante productivos, pues llevaron el análisis del problema a una comprobación de si solucionó o no eficazmente., y, en algunos casos esto evidenció dificultades actuales derivadas de problemas que se han estado afrontando desde tiempo atrás.

Exponer problemas reales implica que ya hay un cierto grado de confianza, puesto que algo de su vida privada lo están compartiendo, con mayor o menor esperanza de dar con alguna solución, además, se está tratando de emplear la técnica con algo verdadero, siendo esto conocimiento significativo, este era el caso ideal de la actividad.

Dentro de los problemas reales se encontraron problemas como trastornos y cuestiones de vida o muerte, algunos lo que expusieron fueron detalles de su vida diaria, y en algunas situaciones, se expusieron problemas que resultaron más alarmantes en el análisis, los cuales se clasificaron en problemas familiares graves, ideas autodestructivas y conductas como autolesión y trastornos alimenticios, duelos por fallecimiento de algún pariente, casos de bullying y problemas de estados de ánimo constantes.

j) Colecta de firmas (Sesión 11) y Los roles en la sexualidad (Sesión 11)

Se hizo un juego en que todos debían recolectar las firmas de cada uno de sus compañeros en un tiempo limitado, posteriormente se empleó una metáfora, relacionando cada firma como un contacto sexual, a partir de lo cual se reflexionó sobre la facilidad de contagio de las ITS. Después se entregaron tarjetas con diferentes situaciones (padecer VIH, homosexualidad, embarazos no deseados, etc.) a parejas de estudiantes, con las cuales comentaron, reflexionaron y/o actuaron sobre cómo sería vivir esas condiciones.

Se descubrió mediante las dos actividades que los temas en torno a la sexualidad no se comentan mucho con las figuras parentales, sólo hubo algunas excepciones, la mayoría afirmó que pocas veces hablan de sexualidad con su familia o amigos, varios refirieron que de eso nunca se habla en casa, lo cual implica que los adolescentes adquieren información de sexualidad por otros medios, como lo son sus pares, televisión e internet.

El aprovechamiento de cada grupo fue muy variable, al igual que en otras actividades hubo algunos sectores en cada grupo que se limitaron a las exigencias básicas de la actividad, participando mínimamente sin elaborar análisis productivos entre ellos mismos.

Por otro lado, hubo quienes exploraron y participaron más activamente, aprovechando la simulación de los roles para entender más cada situación, de entre esos casos se observaron algunos que terminaron reuniéndose en grupo de discusión y tomaron en serio el papel representado, conversando incluso sobre qué les sucedería en sus casas y sus contextos en específico, por mencionar un ejemplo; hubo quienes dialogaron sobre la situación de embarazos no planeados, no se limitaron a imaginar la situación en otra persona, hablaron de cómo reaccionarían en sus casas y cómo llegan a reaccionar en otras familias, desde las reacciones ideales a las más extremas, además comentaba cada uno si tendrían apoyo o no en sus casas.

En otros casos la dinámica se tornó más como un debate, defendiendo o atacando la posición de las parejas homosexuales, tomando en consideración distintos argumentos, en estos casos lo que se procuró fue mantener el debate con respeto y añadiendo mayor complejidad a la reflexión.

k) Reporte escrito o cuestionario de resultados (Sesión 12)

Los estudiantes realizaron un breve reporte escrito de los resultados del taller, donde escribieron qué fue lo que más les agrado, qué temas o actividades sugerirían para mejorar el taller y si había charla pendiente (seguimiento a casos específicos).

Por grupo: Las respuestas resultaron poco variables en los tres grupos, la tendencia de la mayoría fue aceptación y agrado por el taller, en algunos casos incluso agradecimientos.

La mayoría no hizo sugerencias, un pequeño porcentaje solicitó actividades fuera del salón, actividades más divertidas como juegos, otros solicitaron menos juego y más información, y en una menor proporción y sólo de un grupo se hallaron quejas por la disciplina, insistiendo que se regañaba mucho.

Se pidió que se sugirieran temas en caso de que se presentara una nueva faceta del taller, sin embargo la mayoría no hizo sugerencias de tema alguno.

Por último, se enfatizó la posibilidad de escribir “charla pendiente”, con lo cual se explicó que se tendría una plática individual con algunos para tratar de resolver situaciones en concreto, las cuales eran graves problemas familiares, situaciones de bullying, autolesión, trastornos alimenticios o alguna adicción. Hubo quienes por propia iniciativa lo escribieron y otros a quienes se les recordó escribirlo tras haber detectado algún aspecto alarmante en algunos de sus trabajos.

- El seguimiento a casos específicos

A partir del desarrollo del taller e información recopilada a través de informantes clave se detectaron 23 posibles casos, posibles trastornos y situaciones problemáticas que podrían requerir atención psicoterapéutica.

Las entrevistas se realizaron a 23 estudiantes, de entre ellos se seleccionaron aquellos a los que se sugeriría recibir atención psicológica, mientras que a otros tras la entrevista

solamente se hicieron algunas sugerencias y aclaraciones, cierta orientación sobre sus problemas.

Así fueron 17 los estudiantes que recibieron citatorios para asistir a la reunión con tutores, 5 de un grupo y 6 de los otros dos grupos respectivamente.

En una primera reunión asistieron los tutores de 10 estudiantes, posteriormente se realizaron otras dos sesiones en que se presentaron los tutores de 5 estudiantes más, en las 3 reuniones asistieron 15 de los 17 tutores que se citó.

De entre los 17 estudiantes detectados se encontraron las siguientes características:

Todos ellos con conflictos familiares que van de ser pertenecientes a familias disfuncionales, con padres divorciados, violencia intrafamiliar o con padres ausentes.

- Todos ellos con autoestima baja, expresada de diversas maneras.

- 12 de ellos presentaban o habían presentado anteriormente autolesión por medio de cortadas.

- 3 de ellos con antecedentes de conductas alimentarias de riesgo.

- 2 de ellos víctimas de bullying

- 4 de los estudiantes se entrevistaron gracias al trabajo en colaboración con autoridades del plantel, los demás se consideraron a partir de los resultados del taller.

Indagando sobre cómo se habían resuelto las situaciones de esos casos específicos, se descubrió la dinámica seguida con los estudiantes que se detectaban, ellos mismos reportaron en las entrevistas quejas sobre cómo se habían afrontado sus problemas en la escuela.

Argumentando algunos de ellos, en el caso de la autolesión, que no querían estudiantes de ese tipo en el plantel, reprobando por completo la conducta manifiesta de sus padecimientos, ignorando realmente las causas y la solución que pudieran tener sus problemas.

En el caso del bullying, se halló que las quejas realizadas incluso por padres sí llegaban a mayores instancias, al punto de entrega de cartas y evidencias ante dirección del plantel, sin embargo, pese a que se llegara a esas instancias los problemas de bullying proseguían.

Por lo que entonces podría deducirse, que a pesar de que las autoridades mencionan sí haberse ocupado de esas necesidades especiales de los estudiantes, no se resolvieron efectivamente las situaciones de algunos de ellos, y por el contrario, en vez de brindarles apoyo, pudieron generarles mayor malestar y presión, dificultando aún más sus padecimientos.

- Análisis por grupo

Cada grupo tuvo una tendencia de comportamiento que lo caracterizó, lo cual influyó de forma significativa el desarrollo y resultados del taller, tal como se mencionaba en el análisis de los datos cuantitativos, en donde se evidenciaron dos tendencias en la distribución de las puntuaciones, además de algunos factores que probablemente determinaron el trabajo realizado.

El grupo A: Tuvo como antecedente un taller dirigido al autocuidado meses antes, el primer año de secundaria, se podría decir que esta aplicación del taller fue para ellos la segunda intervención y ya tenían unas expectativas definidas, así como actitudes y comportamientos que se vieron influenciados por el taller pasado. Además, cabe mencionar que solamente se mantuvo un facilitador en ambas intervenciones, los demás cambiaron.

Hubo mayor frecuencia de conductas disruptivas, por lo cual en comparación con los otros dos grupos en este se tomó más tiempo de las sesiones para cuestiones de disciplina y orden, hubo más complicaciones e interrupciones en el desarrollo de las sesiones, inclusive interrupciones por parte de autoridades del plantel encargándose del comportamiento disciplinario del grupo.

Es importante tomar en consideración que las necesidades de este grupo eran mayores, esto se evidenció mediante la conducta disruptiva además de lo reportado por informantes clave, quienes catalogaron este grupo como aquel con el que había que tener más cuidado.

Pese al comportamiento disruptivo, varios de los estudiantes del grupo también mostraban interés en las actividades, aunque este sector del grupo era el menor.

El grupo B: En relación con disciplina y participación este fue el grupo con mejor desempeño, destacándose en el desarrollo de las sesiones como un grupo más fácil para realizar las actividades, lo que se evidenció en diarios de campo y en el trabajo de capacitación de los facilitadores. Independientemente del desarrollo de las sesiones, en este grupo se encontraron algunas de las situaciones problemáticas más graves, en vez de ser la evidencia de necesidades la conducta disruptiva, en este grupo se identificaron problemáticas graves en estudiantes con “buen comportamiento” y alto rendimiento académico.

El grupo C: A lo largo del desarrollo mostró diversas facetas, contrastando incluso las impresiones reportadas entre los facilitadores, al comienzo del taller se mostró como un grupo obediente y más participativo que los otros, sin embargo conforme avanzaron las sesiones comenzaron a presentarse más conductas disruptivas y dificultades en el control grupal, pese a que se mantuvo alta participación. Al final del taller este grupo se mostró satisfecho e interesado en el trabajo que se realizó con ellos.

TRIANGULACIÓN DE LOS RESULTADOS

Dado que se empleó una metodología mixta concurrente, los resultados de cada método se contrastaron haciendo comparaciones e interpretaciones, a partir de los resultados obtenidos mediante la metodología cuantitativa se pueden elaborar algunas conclusiones, sin embargo éstas toman un mayor sentido en conjunto con los resultados de la metodología cualitativa, ambos métodos pueden complementarse y hacer viables nuevas conclusiones.

Sobre las Habilidades para la vida:

La habilidad del Autoconocimiento se trabajó en las primeras sesiones, fue la que mantuvo puntuaciones más altas entre las estudiadas de inicio a fin de la intervención, se trabajó mediante actividades participativas durante 4 sesiones. El autoconocimiento resultó ser la habilidad más desarrollada en los estudiantes, consistentemente con las entrevistas, en que varios reportaban sí conocerse y tener una autoestima alta o promedio.

En la actividad de “Buscando mi concepto” la tendencia fue seleccionar adjetivos rápidamente, a pesar de no elegir más fortalezas que debilidades, notoriamente se elegían varias, lo que hablaría de un autoconocimiento desarrollado, la carta se expresó como proyecciones a futuro en que se evidenciaron nuevamente componentes del autoconocimiento, sin embargo en este caso en el sentido de aspiraciones y metas, mientras que en la última sesión de esta habilidad, se elaboró un cartel de impacto sobre consecuencias de baja autoestima, lo cual ayudó concientizando sobre los mismos hábitos que algunos estudiantes adoptan.

La Empatía se trabajó intensivamente en una sesión y en otras dos más de forma complementaria, en la sesión específicamente de Empatía la reacción ante las actividades varió mucho, quienes procuraron mayor reflexión y análisis entre compañeros, quienes

aprovecharon el momento para disfrutar más las dinámicas sin profundizar del todo los temas, o los que se limitaron a las actividades con el mínimo necesario que se esperaba.

Considerando algunas de las explicaciones en torno al bullying la empatía juega un papel fundamental en cuanto a la prevención de dicha violencia, en este caso la empatía no se logró desarrollar significativamente y persisten situaciones de bullying.

La Comunicación asertiva se desarrolló en una sola sesión de forma intensiva, aunque posteriormente se retomó en relación con la sexualidad. La actividad avocada a este tema se limitó a un ejercicio reflexivo y no al moldeamiento de la habilidad como sugiere la literatura. En la actividad misma se evidenció una comunicación poco asertiva por parte de los estudiantes. Es un tema del cual los estudiantes reportaron nulo conocimiento al comienzo del taller. Sin embargo siendo ésta de las últimas habilidades a trabajarse, no se le pudo dar el tiempo deseado.

En las actividades en que debieron organizarse en equipo y colaborar en conjunto, lo que se evidenció fue dificultad para comunicarse y colaborar equitativamente.

La Solución de problemas se desarrolló intensivamente en una sesión, con un grado muy variable de interés en los estudiantes, el cual influyó de forma determinante en los resultados de la actividad, de acuerdo con la literatura hay ciertos pasos que aproximan al dominio de la habilidades, yendo de la solución de situaciones genéricas a la solución de situaciones personales, en las instrucciones se dio oportunidad de quedarse en lo genérico o explorar la habilidad aplicada a una situación personal, lo que probablemente determinó a qué punto desarrollarían la habilidad.

El Manejo de emociones se trabajó durante dos sesiones, una de forma intensiva y otra en conjunto con la habilidad de empatía.

Se abordó la utilidad de las emociones, una postura relativista sobre las diversas emociones y cómo pueden funcionar para adaptarnos a diferentes situaciones, cómo pueden utilizarse a favor de uno mismo.

Cabe resaltar que durante el taller se brindó oportunidad de expresarse, de analizar problemas y las emociones desprendidas de ellos, por lo que a pesar de no dedicarse varias sesiones explícitamente a esta habilidad, sí se emplearon algunos supuestos y se hizo ejercicio de competencias emocionales durante las sesiones.

Expresaban al comienzo del taller problemas para controlar y expresar enojo y tristeza, además de no saber regular adecuadamente todas las emociones en general, faltó trabajar más aspectos del manejo de emociones, sin embargo sí se trabajaron algunos aspectos logrando así un cambio significativo.

Sobre Autocuidado y Estilo de Vida:

Se trabajó sobre todas las escalas del Estilo de Vida, sin embargo hubo algunos aspectos en los que se hizo mayor énfasis, mientras que otros aspectos se manejaron como hábitos en general, sólo haciéndose mención de ellos y sus características, además de las puntuaciones obtenidas en el test hay información cualitativa que sirve para comprender de mejor manera dichos resultados.

La Familia y amigos fue de la escalas con cambio significativo y a la que se hizo alusión constantemente durante el taller, dadas las implicaciones que tiene la vida familiar en las demás esferas de la vida y por otro lado, debido a que los estudiantes reportaron situaciones problemáticas en sus casos particulares, desde la primera sesión en entrevistas se mencionó la familia como un área conflictiva.

Todos los estudiantes que recibieron citatorio y sugerencia de orientación psicológica, tuvieron como factor común una familia con padres ausentes o violencia intrafamiliar, y a

pesar de no recibir la sugerencia de orientación psicológica, hubo otros estudiantes que hicieron referencia a la ausencia de padres.

Podríamos así tomar en cuenta lo reportado por informantes clave, que definieron como algo fundamental en el comportamiento dentro de la escuela, el que los padres les pusieran atención o no a sus hijos, lo que pareciera evidenciarse con las problemáticas que se reportan.

Teniendo en cuenta dicha información se procuró en la parte reflexiva de las sesiones mantener una actitud relativista, promoviendo la oportunidad de mejorar los lazos familiares, teniendo a la familia como una red de apoyo y a pesar de ello, también procurar mediante el diálogo una actitud de responsabilidad por uno mismo, independientemente del apoyo recibido.

Por su parte, en relación con los amigos también hubo algunas solicitudes de apoyo, a raíz de conflictos entre grupos o dentro de los mismos, situaciones sobre las que se dio breve orientación a lo largo del taller a quien lo requería, procurando hacer uso de las habilidades de las sesiones.

La actividad física y nutrición consiguieron mejorías significativas, a pesar de que se mencionaron como aspectos a cuidar en los hábitos en general, no se desarrollaron de forma independiente de los demás aspectos mas que en nociones básicas de su cuidado.

La escala de Tabaco y la de Alcohol y otras drogas se mencionaron dentro de las adicciones, como conductas fuertemente relacionadas con una baja autoestima y con las deficiencias en el desarrollo de algunas habilidades, ambas escalas se trabajaron en la última sesión de Autoconocimiento, en la realización de carteles de impacto, sin embargo el cambio significativo se dio únicamente en torno al Tabaco.

En cuanto a Trabajo e Introspección sí se lograron cambios significativos, sin embargo no se trabajó específicamente en ninguna de las dos escalas, realizando correlaciones

entre variables no se detectó alguna relevante a considerar, sin embargo, existen algunas características de la introspección que por definición se pueden relacionar con el área de la Autoestima, la cual sí obtuvo cambio significativo.

Las escalas de Sueño-estrés y Otras conductas no obtuvieron cambios significativos, estos resultados son consistentes con lo trabajado en el taller, pues en comparación con otros aspectos del estilo de vida, estas fueron de los que menos se comentaron, inclusive no se mencionaron en entrevistas.

En cuanto a la escala de Control de salud y conducta sexual sí se obtuvo una mejoría significativa, el Control de salud se mencionó en diferentes sesiones, mientras que la conducta sexual se abordó principalmente en la penúltima sesión del taller.

La conducta sexual tuvo así una sesión completa para su análisis y reflexión, lo relevante en torno a esta escala más allá del incremento en su cuidado, es la detección de áreas de oportunidad, pues si bien es cierto que hubo cambio significativo, también es una fuerte tendencia entre los estudiantes no hablar de sexualidad con su familia, lo que pone en riesgo la obtención de información adecuada y orientación en sexualidad con valores.

Además, con ayuda de las entrevistas se descubrió que en torno a la sexualidad lo que conocen los estudiantes en su mayoría es en torno a las ITS y métodos anticonceptivos, no así la sexualidad, roles de género y otras cuestiones relacionadas. Pese a que hay cambios en la escala aún persisten factores de riesgo para conductas sexuales de riesgo que se detectaron a través de las técnicas cualitativas.

Si bien, la mayoría de escalas obtuvieron un incremento significativo, es importante considerar aquellos aspectos que aún faltan por trabajar, para que verdaderamente el cambio se exprese más allá de las escalas en el contexto cotidiano.

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De acuerdo a una conceptualización de salud como proceso vital y permanente (Jungman 2007), es urgente la necesidad de fortalecer al individuo como responsable de su propia salud, la promoción del autocuidado sirve en consonancia con dicho modelo, pues se recalca la importancia de los cuidados y decisiones que toma uno mismo, influyendo así en su propia salud y bienestar.

Se sugieren ciertos aspectos a considerar en las estrategias preventivas y de promoción de la salud, por lo cual esta intervención se desarrolló en una escuela secundaria, siendo esta un escenario clave (Becoña 2002).

De acuerdo con recomendaciones de Pedrowicz, Artagaveytia y Bonetti (2006) es fundamental el tipo de relación y afectividad existente entre facilitador y estudiantes, al respecto el tema se trabajó mediante las capacitaciones de los facilitadores, sin embargo por factores externos a la intervención algunos no pudieron presentarse e intervenir en todas las sesiones, lo cual pudo afectar negativamente los resultados del taller; por otro lado, un mayor análisis de la afectividad podría explicar algunos resultados como las diferencias entre cada grupo.

De acuerdo con Garrote y Del Cojo (2011) en los programas de educación para la salud de grupos es necesario detectar las necesidades de la población, buscando su colaboración y confianza, además de que esa aproximación puede servir para planear actividades y objetivos más adecuados. Por ello fue fundamental la dinámica de la primera sesión, pues hubo quienes desde ese momento se dirigieron a los facilitadores con confianza, se recibieron solicitudes de apoyo para situaciones conflictivas, se detectaron algunas áreas

de oportunidad y además, esto sirvió en la planeación final de temas y dinámicas a desarrollar en el taller.

A diferencia de otras intervenciones que utilizan el modelo de habilidades para la vida, en esta investigación no se incluyó a la comunidad, únicamente se incluyó a informantes clave para la aproximación al contexto y a los tutores de estudiantes que se detectaron con necesidades especiales, sin embargo sólo se les proporcionó una plática informativa y de concientización. En contraste con unas de las evaluaciones del Programa Chimalli, a pesar de que el componente comunitario no se incluyó en la mayor parte de la intervención, sí se consiguieron cambios significativos en la mayoría de variables.

La demarcación donde se realizó la intervención ya ha sido urbanizada, sin embargo un factor a considerar sobre el contexto, es que aún permean algunas actitudes y tradiciones de contextos rurales, además de que algunos de los estudiantes son originarios de zonas lejanas al centro de la delegación, en las que la urbanización está en vías de desarrollo, inclusive se exalta la importancia de los pueblos originarios de la demarcación, situaciones que pueden implicar resistencias a la intervención y facilidades en cuanto a los aspectos interpersonales (Morales et al, 2013).

- Sobre las habilidades:

En contraste con lo reportado por una investigación de Habilidades para la vida en Perú (Choque-Larrauri y Chirinos-Cáceres, 2009), la variable de Autoconocimiento sí logró un aumento significativo, mientras que la de Comunicación asertiva no, hecho que podría explicarse a partir de las técnicas empleadas, pues si bien, la comunicación se utiliza naturalmente la mayor parte del tiempo, se sugiere su desarrollo a partir de técnicas participativas, mientras que en la presente investigación se dedicó únicamente una sesión a dicha habilidad y sin técnica participativa.

De acuerdo con algunos estudios (Moreno, 2006), se ha identificado que una imagen de sí mismo positiva se relaciona con actividad física, cuidados de la apariencia física y evi-

tación de conductas que le alteren, hábitos de alimentación y a su vez con el apoyo emocional de la familia; sin embargo en el presente estudio las correlaciones fueron moderadas entre Conocimiento de uno mismo y las escalas de: Actividad física, Nutrición y Familia y amigos, la correlación más fuerte que se reportó del Conocimiento de uno mismo fue con la puntuación general de Estilo de Vida. A pesar de ello, las variables ahora mencionadas logran cada una un aumento significativo al finalizar el taller.

Los adolescentes tienden a tener una percepción del entorno que varía constantemente, lo que puede generar en ellos inestabilidad emocional, volviéndolos susceptibles a los problemas relacionados con la salud mental, su desarrollo físico, emocional y conductual. El malestar puede reflejarse en el uso o abuso de sustancias adictivas como el tabaco, el alcohol y otras drogas; en la búsqueda y el establecimiento de relaciones sexuales de riesgo; en la aceptación y la reproducción de conductas violentas en su entorno.

La inestabilidad emocional que suele presentarse en la adolescencia puede influir en el desarrollo de problemas de salud, reflejándose en hábitos no saludables y conductas de riesgo (Moreno, 2006), bajo mismo argumento el Manejo de emociones y sentimientos resulta fundamental en la promoción de la salud, en congruencia con lo anterior, dicha habilidad fue una de las que tuvo cambio significativo a lo largo del taller y, además tuvo una correlación moderadamente significativa con la puntuación general de Estilo de vida, con la variable de Familia y amigos, y la de Trabajo (Escuela), correlaciones que evidencian la relevancia de dicha habilidad en el estado de salud.

La empatía guarda estrecha relación con las conductas prosociales que protegen a los adolescentes del consumo de drogas entre otras conductas de riesgo. Esta habilidad se ha identificado como protectora del consumo y facilitadora de una socialización positiva (Pérez, 2012). En concordancia con ello la Empatía no tuvo un desarrollo significativo y la variable de Consumo de alcohol y otras sustancias tampoco lo tuvo, mientras que la socialización podría considerarse que fue inestable a lo largo del taller, observándose en cierta medida dentro de cada grupo situaciones de bullying. Sin embargo el consumo de Tabaco sí se redujo de manera significativa.

Algunas investigaciones señalan que las personas con mayor empatía poseen un mejor autoconcepto-autoestima, por lo que la empatía se podría desarrollar a partir del autoconcepto (Cardozo, Dubini, Fantino y Ardiles, 2011).

De acuerdo con Cardozo et al (2011) la empatía se relaciona positivamente con el autoconcepto-autoestima, sin embargo en el presente estudio, pese al incremento significativo en Conocimiento de uno mismo, la escala de Empatía no se logró modificar significativamente ni tuvieron una correlación fuertemente significativa.

- Sobre el Autocuidado y Estilo de Vida

En las primeras sesiones del taller los estudiantes analizaron cómo calificarían su estilo de vida, a partir de lo cual se identificó que la mayoría sí califican sus hábitos tales como son, mientras que una minoría se calificaba de peor manera con respecto a sus resultados, esto concuerda con otras investigaciones (Escobar y Pico, 2013; Ramírez, 2004) donde se señala que hay congruencia entre el estilo de vida y la percepción del mismo.

Sería interesante averiguar los factores que determinaron que una minoría se califique de peor manera al compararlo con los resultados, una opción es que podría deberse a la etapa de vida, puesto que las intervenciones antes citadas hacen referencia de dicho comportamiento en adultos jóvenes y adultos mayores.

Según Pedrowicz, Artagaveytia y Bonetti (2006), el desarrollo de habilidades para la vida puede ayudar al adolescente a tomar mejores decisiones en cuanto a su alimentación o nutrición, sin embargo no se han encontrado muchas investigaciones de esta relación y aun cuando mejoraron significativamente, no se descubrió una fuerte correlación entre ambas variables en el presente estudio.

Al respecto del consumo de sustancias adictivas, el tabaco tuvo una disminución significativa, sin embargo alcohol y otras sustancias no, por lo cual podrían considerarse otros aspectos del consumo en posteriores intervenciones, a pesar de que se reflexione sobre

el uso y abuso de sustancias no se indagó con un análisis profundo las actitudes hacia el consumo, lo cual tiene gran relevancia en la adopción del hábito de acuerdo con algunas investigaciones (Pérez, 2012).

Se obtuvieron resultados cuantitativos y cualitativos contrastantes en cuanto a la Sexualidad, por un lado notándose un incremento en sus hábitos protectores y por otro, descubriéndose factores de riesgo como el hecho de que no es un tema que se converse con la familia. Al respecto de estos resultados los trabajos de Pérez (2013) permiten visualizar una perspectiva más concreta, pues se ha mostrado que quienes no abordan dichos temas pueden hallarse en riesgo a comparación de quienes sí los hablan, además de que entre algunas habilidades la comunicación asertiva se destaca como la más efectiva en la práctica de sexo seguro en adolescentes, a pesar del cambio significativo en relación a la Sexualidad la Asertividad se mantuvo casi igual, por lo que podríamos asumir, que si bien, hubo un desarrollo en torno al tema de Sexualidad, aún están presentes importantes factores de riesgo.

Otro factor de riesgo a tomar en cuenta dentro del contexto escolar es el rol que ejercen los docentes, Mantilla et al (2012) señalan que generalmente los profesores mantienen una posición conservadora y no están en su mayoría capacitados para orientar a los estudiantes; algunos estudiantes reportan que aquellos que tienen orientación homosexual han sido víctimas de discriminación por parte de los docentes durante las clases.

En la variable de Alcohol y otras drogas no se obtuvieron cambios significativos, al respecto del consumo de dichas sustancias se han elaborado gran cantidad de investigaciones y programas, algunos de ellos demostrando la complejidad del consumo, además de los factores y actitudes que lo mantienen, en algunos casos se sugiere reforzamiento y seguimiento de ciertos estudiantes, a la vez que la necesidad de sesiones más específicas del tema (Pacheco, 2014).

- Conclusiones

Las hipótesis de esta investigación se sintetizan en la relación entre habilidades para la vida y la conducta de autocuidado: si a partir del taller aplicado se incrementarían las habilidades para la vida y autocuidado, y por otro lado la correlación entre ambas variables. Ambas hipótesis se probaron parcialmente, pues si bien, hubo un cambio significativo en la mayoría de las variables, hubo algunas que no obtuvieron una diferencia significativa, mientras que la correlación encontrada entre habilidades para la vida y autocuidado es moderadamente significativa.

Resultaría interesante realizar más intervenciones de este tipo para elaborar nuevas mediciones, identificando si las correlaciones serían las mismas, ya sea con otras habilidades o las mismas, y también empleando instrumentos más complejos para la medición del Estilo de vida. A partir de esta experiencia se puede afirmar que la habilidad que influyó más fuertemente en el Autocuidado fue la de Manejo de sentimientos y emociones, por sobre las habilidades de Comunicación asertiva, Empatía, Autoconocimiento y Solución de problemas.

La relevancia de este trabajo está en la línea de investigación que se propone, gran cantidad de intervenciones se han concentrado a la prevención y más específicamente a la prevención de adicciones, mientras otra parte considerable de las intervenciones se han abocado a desarrollar la salud en sus diversos aspectos, sin embargo esta es de las primeras investigaciones en considerar como eje fundamental el desarrollo del Autocuidado, un componente implícito dentro de una conceptualización de la salud más actualizada.

El autocuidado en otras investigaciones se ha empleado generalmente con adultos mayores, esto quizás por origen del concepto que fue generado por la Enfermería, sin embargo es también aplicable a otras etapas del ciclo vital, y resulta factor importante al observar que la mayoría de hábitos se instauran en etapas tempranas, entre ellos conductas de riesgo que tienen su mayor prevalencia en la adolescencia.

Además desarrollar el autocuidado es congruente con las necesidades sanitarias de nuestro país, esto tomando en consideración que algunas de las problemáticas más graves de salud son prevenibles, tales los casos de obesidad, hipertensión arterial, adicciones, etc. También considerando la saturación de los servicios de salud públicos, la prevención sería una alternativa viable y oportuna.

Otro aspecto a destacar que se implementó y que se podría desarrollar aún más, es el de la prevención indicada a partir de una intervención universal, pues a pesar de no ser el objetivo del taller, se lograron identificar varios estudiantes con problemáticas graves (autolesión, violencia intrafamiliar, bullying, etc.), se sugeriría para intervenciones de este tipo planear acciones al respecto de esos casos con necesidades específicas que no logran satisfacerse con intervención universal, puesto que son éstos quienes requieren con mayor urgencia la atención de psicólogos, que más allá de la investigación general y de la comunidad, deberían también atenderse esos casos especiales, que en muchas ocasiones son los portadores de las patologías más severas en años posteriores.

- Limitaciones

Una fue el tiempo para su desarrollo, la planeación y diseño del taller se ajustó a los tiempos ofrecidos por la institución educativa, por lo cual la intervención no se realizó de forma periódica ni de forma permanente como algunos autores sugieren (Gómez y Suárez), podrían realizarse en posteriores trabajos comparaciones del impacto de talleres tomando como variable para contrastar la duración del taller, además de que en esencia las conductas de autocuidado y del estilo de vida se conforman durante largos periodos de tiempo.

Otra limitación, ya señalada por Arco y Fernández (2002) dentro de los programas de prevención, es el alcance de la estrategia, pues a pesar de lo beneficioso que pudiera ser, no se logró trabajar con todos los estudiantes de los grupos de alto riesgo, ni se consiguió la colaboración de los tutores que se citaron por medio de la escuela, mientras que hubo algunos que colaboraron y mostraron disposición para cambio, hubo algunos con los que ni siquiera logró hacer contacto la institución, aquí se expresa la necesidad del trabajo conjunto entre diversos sectores que puedan ser influyentes (Ippolito-Shepherd y Cerqueira, 2003).

Para avanzar en la promoción de la salud se requieren esfuerzos conjuntos entre sectores de salud, asociaciones, organizaciones no gubernamentales y las escuelas, el desarrollo de la población escolar en salud física y mental es fundamental para mejorar la calidad de vida (Ippolito-Shepherd y Cerqueira, 2003). A pesar de que se brindó espacio y tiempos para el desarrollo del taller y que se compartió información de ciertos estudiantes, no se logró entablar una coordinación adecuada con autoridades del plantel, en ocasiones se daban facilidades para el desarrollo de la investigación, en otras no, al punto de que ni siquiera quedaba claro con quien dirigirse o con quien coordinarse.

REFERENCIAS

- Arco, T. J. L. & Fernández, C. A. (2002). Porque los programas de prevención no previenen. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(2) 209-226. Recuperado el 03/04/15 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33720201>
- Arnett, J. J. (2008) *Adolescencia y adultez emergente, un enfoque cultural*, Traducción María Elena Ortiz Salinas, 3ª. Edición. México: Editorial Pearson Prentice-Hall
- Arrivillaga, Q. M & SALAZAR, T. I. C., (2005) Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos. *Revista de la Pontificia Universidad Javeriana*, vol. 13, no. 1, pp. 19-36
- Becoña, I. E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid. Recuperado el 22/02/15 de: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Bases_cientificas.pdf
- Bisquerra, A. R. (2010). *Modelos de Orientación e Intervención Psicopedagógica*, 8va. Edición. España: WoltersKluwer
- Dibiase, A. M., Gibbs, J. & Potter, B. (2010) *Equipar para educadores, adolescentes en situación de conflicto*, adaptación española de Kevin van der Meulen, Laura Granizo y Cristina del Barrio. Madrid:Editorial Catarata
- Cardozo, G. (2005) *Adolescencia, promoción de salud y resiliencia*, 1era. Edición. Córdoba- Argentina.
- Cardozo, G, Dubini, P., Fantino, I. & Ardiles, R. (2011). Habilidades para la vida en adolescentes: diferencias de género, correlaciones entre habilidades y variables predictoras de la empatía. *Psicología desde el Caribe*, (28) 107-132. Recuperado el 02/04/15 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21320758006>
- Carrasco, G. T.& LUNA, A. M., (2001) *Habilidades para la vida*. España:Editorial Paraninfo, Thomson Learning

- Chabot, D. & Chabot M. (2009). *Pedagogía emocional, sentir para aprender. Integración de la inteligencia emocional en el aprendizaje*. 1era. Edición. México: Grupo editor Alfaomega,
- Choque-Larrauri, R. & Chirinos-Cáceres, J. L. (2009). Eficacia del Programa de Habilidades para la Vida en Adolescentes Escolares de Huancavelica, Perú. *Revista de Salud Pública, volumen 11(2)* 169-181. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42217861002>
- Córdoba, A., Carmona, G, Terán, V. & Márquez, M. (2013) Relación del estilo de vida y estado de nutrición en estudiantes universitarios: estudio descriptivo de corte transversal. *Medwave2013;13(11)* Recuperado el 20/02/15 de: <http://www.medwave.cl/medios/medwave/Diciembre2013/PDF/Investigacion/medwave.2013.11.5864.pdf>
- Czeresnia, D., (1999). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. *Cuadernos de salud pública*. Recuperado el 14/01/15 de: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/czeresnia__dina__el_concepto_de_salud_y_la_diferencia_entre_prevenicion_y_promocion_.CONCEPTO_DE_SALUD_DIFERENCIA_ENTRE_PROMOCION_Y_PREVENCION.pdf
- Delegación La Magdalena Contreras (2015). Estructura de la población. Recuperado el 14/03/15. <http://magdalenacontreras.gob.mx/la-magdalena-contreras/demografia/estructura-de-la-poblacion>
- De Tena, B. C. L., Rodríguez, R. R. I. & Sureda, G. I. (2001). *Programa de habilidades sociales en la Enseñanza Secundaria Obligatoria: ¿Cómo puedo favorecer las habilidades sociales de mis alumnos?* Málaga: Ediciones Aljibe.
- Díaz, P. L. E., Rosero, B. R. F., Melo, S. M. P. & Aponte, L. D. (2013). Habilidades para la vida: Análisis de las propiedades psicométricas de un test creado para su medición. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales, volumen 4, no. 2*, pp. 175-194.

Encuesta de Consumo de drogas en estudiantes de la Ciudad de México, 2012. Recuperado el 09/03/15 de: http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/investigaciones/estudiantes_df/Estudiantes%20DF_2012/Encuesta%202012/index.html

Escobar, P. M, Franco, P. Z & Duque, E. J. (2011). El autocuidado: Un compromiso de la formación integral en educación superior. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 16(2) 132-146. Recuperado el 01/03/15 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126696010>

Escobar, M & Pico, M. E. (2013). Autocuidado de la salud en jóvenes universitarios, Manizales, 2010-2011. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(2) 178-186. Recuperado el 01/03/15 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12028113003>

Falcone, C. J., Castro, S. B., Serrano, P. P., Ortíz, R. V., Toral, C. M., Vuskovic, G. & Guzmán, V. C. (2009). Promoción de la calidad de vida: Evaluación de impacto del programa "Fortalecimiento para una vida saludable". *International Journal of Psychological Research*, 2(1) 24-34. Recuperado el 01/04/15 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023510004>

García, G. G. (2009) *Habilidades para la vida y consumo de tabaco en adolescentes de bachillerato*. Tesis (Licenciatura), México D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, 91 p.

Garrote, G. A. & Del Cojo, A. T. (2011) *La educación grupal para la salud, reto o realidad*. España:Ediciones Díaz de Santos.

Gómez, L. & Suárez, D. (s. f.) Recuperado el 25/03/15 de: http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadMedicina/BibliotecaDiseno/Archivos/PublicacionesMedios/BoletinPrincipioActivo/85_habilidades_para_la_vida.pdf

Huber, M. & cols.(2011) *How should we define health?* Recuperado el 10/02/15 de: http://cybermed.eu/attachments/article/33014/How%20should%20we%20define%20health_.pdf

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2012): Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Juventud. Recuperado el 19/02/15 de: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2012/juventud12.asp?c=2844&>
- Ippolito-Shepherd, J. & Cerqueira, M. T. (2003) *Las escuelas promotoras de la salud en las Américas: una iniciativa regional*. Recuperado el 20/02/15 de: <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/006/j0243m/j0243m03.pdf>
- Jacoby, E. (2004) Current topics: The obesity epidemic in the Americas: making healthy choices the easiest choices. *Rev Panam Salud Pública, Pan Am, Public Health* 15 (4), 278-284.
- Jungman, E. (2007). *Adolescencia, tutorías y escuela, Trabajo participativo y promoción de la salud*. 1era. Edición. Argentina: Noveduc/ensayos y experiencias
- Lange, I. & Vio, F. (2006) *Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior*. Ministerio de Salud. Departamento de promoción de la Salud en Chile. Recuperado el 10/09/14 de: <http://www7.uc.cl/ucsaludable/img/guiaUSal.pdf>
- Mangrulkar, L. (2001) *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Recuperado el 23/02/15 de: http://saludxmi.cnpss.gob.mx/inpsiquiatria/portal/saludxmi/biblioteca/sexualidad/m1a_Habilidades_para_la_vida_ADOLESCENTES OPS_2001.pdf
- Mantilla, C. L. (1999), *Habilidades para la vida, una propuesta educativa para vivir mejor, marco referencial*. Colombia, editorial Fe y Alegría.
- Mantilla, U. B. P., Hakspiel, P. M., Rincón, M. A., Smith, H. D. & Hernández Q. A. (2012) Promoción de derechos sexuales y reproductivos en adolescentes de Bucaramanga, Floridablanca y Lebrija-Colombia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander: Salud*. 4 (3)13-23. Recuperado el 01/04/15 de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072012000300003

Morales, R. M., Benítez, H. M. & Agustín, S. D. (2013). Habilidades para la vida (cognitivas y sociales) en adolescentes de una zona rural. REDIE. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 15(3) 98-113. Recuperado el 31/03/15 de: <http://www.re-dalyc.org/articulo.oa?id=15529662007>

Moreno, K. (2006) *Habilidades para la vida. Guía práctica para educar con valores*. Recuperado el 01/04/15 de: <http://basica.sep.gob.mx/escuelasegura/pdf/adicciones/habilidadesparalavida.pdf>

Morrison, V. & Bennet, P. (2008) *Psicología de la salud*. Madrid, España: Editorial Pearson Prentice Hall, Pearson Educación.

Nash, N., Trujillo, U., López, M. F., Peña, M., Quintero, E., Bañuelos, M. D. & Soriano, A. (2012, 12 de diciembre). Alimentación y actividad física, factores relacionados con el estilo de vida de los universitarios. *PsicoPediaHoy*, 14(17). Disponible en: [alimentacion-y-actividad-fisica-factores-relacionados](#)

Organización Mundial de la Salud (1998) *El papel del farmacéutico en el autocuidado y la automedicación. Reporte de la 4ta. Reunión del Grupo consultivo de la OMS sobre el papel del farmacéutico*. Recuperado el 15/01/15 de: <http://www.safyb.org.ar/wp/oms-autocuidado/>

Organización Mundial de la Salud (1997) *LifeSkillsEducation in Schools*. Disponible en internet en: http://www.asksource.info/pdf/31181_lifeskillsed_1994.pdf

Organización Mundial de la Salud (2015). *¿Qué problemas de salud tienen los adolescentes y qué cabe hacer para prevenirlos y responder a ellos?* Recuperado el 04/03/15 de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Pacheco, G. F. M. "Programa de Intervención: habilidades para la vida para la prevención y disminución del consumo de alcohol y marihuana en estudiantes de primero de secundaria". Tesis (Especialidad) México D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Junio 2014, 150 p.

- Pedrowicz, S., Artagaveytia, L. & Bonetti, J. P. (2006). *Salud y participación adolescente, palabras y juegos*. Uruguay: UNICEF
- Perea, Q. R. (2011) *Educación para la salud y calidad de vida*. España: Ediciones Díaz de Santos.
- Pereira, P. Z. (2011) Los diseños de método mixto en la investigación en educación: Una experiencia concreta. *Revista electrónica Educare*. Vol. XV, No. 1. pp. 15-29.
- Pérez, D. C. (2012). Habilidades para la vida y consumo de drogas en adolescentes escolarizados mexicanos. *Adicciones*, 24(2) 153-160. Recuperado el 02/04/15 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122912008>
- Pérez, D. C. (2013). Habilidades para la vida y uso de anticoncepción por tipo de pareja sexual en adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18(1) 35-49. Recuperado el 02/04/15 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29228948003>
- Pick, S. (1995) *Planeando tu vida*. México: Editorial Planeta
- Quintero, O. M. (1994) *El Autocuidado*. Recuperado el 23/11/14 de: <http://www.fac-med.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%20%20anciano/autocuid.pdf>
- Ramírez, G. M. (2007) Promoción de la salud y prevención: acciones psicológicas en
Ramírez G. M. y Cortés V. E. B. *Psicología, salud y educación, avances y perspectivas en América Latina* (pp. 335-339). México: Editorial Amapsi.
- Ramírez, S. C. "Evaluación del autocuidado y la calidad de vida en ancianos" Tesis (Licenciatura) México D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, marzo 2004, 114 p.
- Reynoso, E. L. & Seligson, N. I. (2005) *Psicología clínica de la salud, un enfoque conductual*, 1era. Edición. México: El Manual Moderno
- Salom, E., Moreno J. M. & Blázquez, M. (2012), *Desarrollo de la conducta prosocial a través de la educación emocional en adolescentes*. Madrid: Editorial OCS

Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo, el ciclo vital*, décima edición España: McGraw-Hill.

Shelley, E. T. (2007) *Psicología de la salud*, 6ta. Edición. Traducción de Ma. Del Carmen G. Hano Roa, Gabriela Sánchez Pérez. México: Editorial Mc Graw Hill.

Tobón, O. (enero-diciembre, 2003). El autocuidado una habilidad para vivir. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 8, 1-12. Recuperado de http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista_8_5.pdf

Vallés, A. A. & Vallés, T. C. (1996) *Las habilidades sociales en la escuela: una propuesta curricular*. Madrid: EOS.

Vesga, S. A. & Leyva, J. (1999) *Protocolo de estilos de vida saludables y educación física en la escuela*. Recuperado el 03/04/15 de: <http://www.col.ops-oms.org/Municipios/Cali/08EstilosDeVidaSsaludables.htm>

Wong, D. C. (2010) *Estilos de Vida, compilación de trabajo*. Guatemala. Recuperado el 03/04/15 de: <https://saludpublica1.files.wordpress.com/2012/08/estilos-de-vida-2012.pdf>

ANEXOS

1.- Formato guía de entrevista grupal semiestructurada

(Se realizarán algunas de las preguntas, no todas, de acuerdo a la agilidad y participación de los estudiantes)

- Hola buenas tardes ¿cómo están? Ya hace un momento escucharon que venimos de un proyecto de la Facultad de Psicología de la UNAM, nosotros vamos a trabajar con ustedes durante 4 semanas, nos vamos a estar viendo pues vamos a realizar un taller con ustedes. Para el taller que vamos a darles, queríamos hablar con algunos de ustedes y tomar nota de algunos detalles, para que este taller sea lo mejor para ustedes y vaya de acuerdo con sus necesidades.

Para esto les haremos unas breves preguntas, muy sencillas, no es un examen, lo que sea que respondan mientras sean sinceros está bien, todo es confidencial, de esta pequeña entrevista nadie ni de ustedes ni nosotros hablará, sólo usaremos las respuestas para mejorar el taller. Bueno, ya nos presentamos nosotros, ahora ustedes... ¿Cómo se llaman? ¿Cuáles son sus edades?

Primero les haremos preguntas generales y después más sobre ustedes mismos y sus opiniones...

- ¿Saben qué es la autoestima?... ¿Cómo sabes quien tiene buena autoestima?... ¿De qué te sirve? ¿Cómo puedes desarrollar más tu autoestima? ¿Ustedes cómo sienten su autoestima?
- ¿Saben qué es el autocuidado? ¿Saben qué es un estilo de vida saludable (hábitos)?
- ¿Saben qué es una emoción? ¿Saben cuáles son? ¿Saben para qué te sirven? ¿Saben identificar bien sus emociones? ¿Puedes expresar y controlar tus propias emociones?
- ¿Sabes qué es la asertividad? ¿Saben cuáles son o cuáles se imaginan que sean las claves para comunicarse bien?

Ahora las otras preguntas, que tratan más de ustedes, para esto no se preocupen, todo esto es confidencial...

- ¿Alguna vez han pensado consumir alguna sustancia como alcohol o drogas? ¿Por qué? ¿Qué opinas de quienes consumen esas sustancias, por qué lo hacen si les afecta su salud? ¿Si alguien te ofreciera y te insistiera mucho sabrías evitarlo? ¿Si tu grupo de amigos te presiona para que lo hagas crees que lo harías?
- ¿Les han dado educación sobre sexualidad? ¿Se sienten con conocimientos suficientes sobre sexualidad, relaciones sexuales, métodos anticonceptivos, vida sexual (cuándo comenzarla)?
- ¿Les agrada el ambiente en el salón de clases? ¿En su escuela hay bullying? *Si es que hay bullying: ¿Ustedes son quienes lo realizan, quienes lo reciben u observadores?
- Sabiendo que en este taller se trabajarán varias habilidades y temas: ¿Hay algún tema del que les gustaría que les habláramos? Bueno, muchas gracias por sus respuestas, pasarán ahora a su salón...

TEMAS CLAVE: Autoestima, autocuidado, emociones, comunicación, adicciones, sexualidad, bullying, sugerencias.

2.- Test de Habilidades para la Vida (Díaz Posada et al., 2013)

Sexo: _____ Edad: _____

El siguiente test tiene como objetivo identificar el desarrollo de las habilidades para la vida en adolescentes y jóvenes. Este instrumento hace parte de un proceso de investigación y no se presenta con carácter evaluativo. Por tanto, puede responder con plena tranquilidad pues la información es confidencial. Cada uno de los ítems son afirmaciones y usted debe responder señalando una de las siguientes opciones:

S: Siempre; CS: Casi Siempre; AV: Algunas Veces; CN: Casi Nunca; N: Nunca.

N	ÍTEM	Opciones de respuesta				
		S	CS	AV	CN	N
1	Me considero una persona alegre y sociable.					
2	Me consideran una persona explosiva y de mal genio.					
3	Identifico y utilizo mis fortalezas en los distintos contextos.					
4	Me cuesta identificar en qué tareas me desempeño mejor.					
5	Expreso con facilidad aquello que me gusta.					
6	Prefiero no expresar lo que me disgusta para no generar conflicto con otros.					
7	Identifico hacia dónde voy y cuáles son mis metas.					
8	A menudo me siento desorientado (a) pues no identifico cuáles son mis talentos.					
9	Me sensibilizo frente a la situación de otras personas.					
10	Prefiero no escuchar los problemas de otras personas.					
11	Escucho las opiniones de otros comprendiendo que no solo yo tengo la razón.					
12	Considero que las personas deben dar cuando reciben porque es justo.					
13	Cuando alguien necesita apoyo prefiero decirle que busque a alguien más pues mis ocupaciones no me permiten ayudarle.					
14	No me gusta colaborar con las tareas de la casa, sólo con lo que me corresponde a mí.					

15	Cuando una persona es víctima de conflicto o se encuentra en condición vulnerable, trato de acercarme y brindar ayuda.					
16	No me preocupo mucho por actuar en pro de los necesitados porque sé que hay organizaciones que se encargan de eso.					
17	Me cuesta expresar mis ideas y opiniones de los demás.					
18	Considero que me expreso adecuadamente con respecto a las situaciones de otros.					
19	Se me facilita acercarme a otros y hacer parte de un grupo social.					
20	Me cuesta expresar a través de gestos lo que estoy sintiendo.					
21	No me avergüenza pedir consejos cuando es necesario.					
22	Considero que es mejor estar solo que mal acompañado.					
23	Sé decir “no” cuando no quiero hacer o pensar algo.					
24	Comunico mis ideas de manera adecuada buscando no hacer daño a otras personas.					
25	Tengo en cuenta las causas de los problemas para darles solución definitiva.					
26	Considero que los problemas son obstáculos y no oportunidades.					
27	Me siento mal pidiendo ayuda porque van a creer que no soy capaz de hacer las cosas.					
28	Me gusta que otros se ocupen de lo que tengo que hacer y estar tranquilo.					
29	Pienso que la negociación es un elemento fundamental en la solución de conflictos.					
30	Me gusta hacer las cosas por mí mismo (a) porque como yo nadie las hace.					
31	Me caracterizo por mi recursividad y flexibilidad en el momento de tomar decisiones.					
32	Tengo dificultades para crear estrategias y resolver los problemas que se me presentan.					
33	Me cuesta reconocer lo que siento por otras personas.					

34	En momentos de dificultad reconozco cuando tengo emociones negativas y busco soluciones para superarlas.					
35	Reconozco fácilmente las emociones y sentimientos de los demás.					
36	Suelo malinterpretar las expresiones emocionales de otros y reaccionar de forma inadecuada.					
37	Mi estado de ánimo varía con mucha frecuencia y eso me genera dificultad en las relaciones.					
38	Me suelen llamar la atención por mi impulsividad.					
39	Prefiero no mostrar debilidad ante otros.					
40	Cuando siento rabia expreso mis ideas de manera imprudente e incluso agresiva.					

3.- Cuestionario de estilos de vida saludables (Lange & Vio, 2006)

Contesta este cuestionario, recordando cómo ha sido tu vida este último mes. Luego, suma los puntos y anótalos

FAMILIA Y AMIGOS

- Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mi
2 Casi siempre 1. A veces 0 Casi nunca
- Yo doy y recibo cariño
2. Casi siempre 1. A veces 0 Casi nunca

ACTIVIDAD FÍSICA

- Soy integrante activo de un grupo de apoyo a mi salud y calidad de vida (organizaciones de autocuidado, clubes de enfermos crónicos, deportivos, religiosos, mujeres, adultos mayores, vecinales y otros) Yo participo:
2 Casi siempre 1. A veces 0 Casi nunca
- Yo realizo actividad física (caminar, subir escaleras, trabajo de casa o de jardín) o deporte durante 30 min cada vez:
2 Tres o más veces por semana 1 Una vez por semana 0
No hago nada
- Yo camino al menos 30 min diariamente
2 Casi siempre 1. A veces 0 Casi nunca

NUTRICIÓN

- Como 2 porciones de verduras y 3 frutas
2 Todos los días 1 A veces 0 Casi nunca
- A menudo consumo mucha azúcar o sal o comida chatarra o con mucha grasa
2. Ninguna de éstas 1 Algunas de éstas 0 Todas estas
- Estoy pasado(a) de mis peso ideal :
2 Entre 0 a 4 kilos de más 1 Entre 5 a 8 kilos de más 0 Más de 8 kilos

TABACO

- Yo fumo cigarrillos

2. No, los últimos 5 años	1 No, el último año	0 Sí, este año
---------------------------	---------------------	----------------
- Generalmente fumo ____ cigarrillos por día

2 Ninguno	1 de 0 a 10	0 más de 10
-----------	-------------	-------------

ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

- Mi número promedio de tragos (botella de cerveza, vaso de vino, trago fuerte) por semana es de

2 cero a 7 tragos	1 ocho a 12 tragos	0 más de 12 tragos
-------------------	--------------------	--------------------
- Bebo más de cuatro tragos en una misma ocasión

2 Nunca	1 Ocasionalmente	0 A menudo
---------	------------------	------------
- Uso drogas como marihuana, cocaína u otras drogas

2 Nunca	1 Ocasionalmente	0 A menudo
---------	------------------	------------
- Uso excesivamente los remedios que me indican que se pueden comprar sin receta

2 Nunca	1 Ocasionalmente	0 A menudo
---------	------------------	------------
- Bebo café, té o bebidas de cola que tiene cafeína:

2 Menos de 3 al día	1 de 3 a 6 al día	0 Más de 6 al día
---------------------	-------------------	-------------------

SUEÑO-ESTRÉS

- Duermo bien y me siento descansado (a)

2 Casi siempre	1 A veces	0 Casi nunca
----------------	-----------	--------------
- Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión de mi vida

2 Casi siempre	1 A veces	0 Casi nunca
----------------	-----------	--------------
- Yo me relajo y disfruto mi tiempo libre

2 Casi siempre	1 A veces	0 Casi nunca
----------------	-----------	--------------

TRABAJO

- Parece que ando acelerado(a)

2 Casi nunca 1 Algunas veces 0 A menudo

- Me siento enojado(a) o agresivo(a)

2. Casi nunca 1 Algunas veces 0 A menudo

INTROSPECCIÓN

- Yo soy un pensador positivo u optimista

2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca

- Me siento tenso

2 Casi nunca 1 Algunas veces 0 A menudo

- Me siento deprimido o triste

2 Casi nunca 1 Algunas veces 0 A menudo

CONTROL DE SALUD. CONDUCTA SEXUAL

- Me realizo controles de salud en forma periódica

2 Siempre 1 A veces 0 Casi nunca

- Converso con mi pareja o mi familia temas de sexualidad

2 Siempre 1 A veces 0 Casi nunca

- En mi conducta sexual me preocupo del autocuidado y del cuidado de mi pareja

2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca

OTRAS CONDUCTAS

- Como peatón, pasajero del transporte público y/o automovilista, soy respetuoso(a) de las leyes de tránsito

2 Siempre 1 A veces 0 Casi nunca

- Uso cinturón de seguridad

2 Siempre 1 A veces 0 Casi nunca