



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



**LAS HERRAMIENTAS DE INMERSIÓN COMO ESTRATEGIA PARA LA
SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES**

TESIS:

**Para obtener el título de:
Licenciado en Enfermería**

Presentan:

**Gutiérrez Martínez Juan Carlos
Martínez Mondragón Rodolfo
Rivera Ramírez Claudia Gabriela**

Directora de Tesis:

Dra. Diana Cecilia Tapia Pancardo

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



Universidad Nacional
Autónoma de México

UNAM

Biblioteca Central

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM



**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 está 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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA



Agradecimientos

Agradezco antes que todo a la vida, que me ha sido otorgada por Dios.

A mis padres Rufina y Porfirio por su amor incondicional; a ellos que me inculcaron el tener siempre una meta por lograr, por darme el apoyo y sustento, así como la oportunidad de llegar hasta el día de hoy. A mis hermanos que a su manera me apoyaron es este trayecto importante de mi vida. Por cada noche de desvelos juntos, por estar siempre al pendiente de mi bienestar, por cada instante de felicidad y cada lágrima también.

Porque todo logro mío es más bien nuestro. Infinitamente gracias.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y mi apreciada FES Iztacala por abrazar mis expectativas y ofrecerme un lugar que con orgullo llevaré siempre como profesional.

A ti Diana por darme el último empujón es este complicado camino y terminarlo juntos, ha sido un honor.

A mis compañeros, amigos, profesores y todas las personas que implícitamente aportaron mediante acciones diversas para ayudarme a concluir mi etapa de universitario.

A mis compañeros de tesis y servicio social, así como a la Dra. Diana Tapia por ese gran equipo de trabajo que en tan poco tiempo me enseñó tanto de mi profesión, pero en especial de la vida, de la importancia de la calidad y calidez de una persona y su trascendencia en mi día a día, por hacerme descubrir aspectos sustanciales en mi persona y en mi formación como Licenciado en enfermería.

*Por último y no por ello menos importante, reconocerte a ti en especial y por que sé lo que te ha costado llegar hasta aquí, esa persona que me acompaña todos los días, quien me escucha, me comprende, me da ánimos y fortaleza, la que lucha conmigo y contra mí, la más maravillosa, la que es mis ojos, mi guía y mi más grande reto en la vida para poder hacer de ti una persona correcta, feliz, plena y más humana, capaz de trascender, aprender y enseñar, a ti Juan Carlos...
¡Felicidades y Gracias!*

Juan Carlos Gutiérrez Martínez



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



Gracias a Dios hoy experimento una felicidad que no se compara con la de algún otro día, es por la dicha de haber terminado mi carrera, ser profesional de enfermería es un orgullo y placer para mí, sé que no fue fácil y requirió de mucho esfuerzo pero finalmente lo he logrado, aunque la dedicación y esmero no solo fueron mías.

Gracias a mis padres Esther y Agustín por el apoyo que me brindaron en esta etapa que fue difícil y que con mayor fuerza me demostraron su apoyo, que sin ustedes no estaría en este lugar donde tuve diversas vivencias que me hicieron una persona diferente, quienes con sacrificios y su ejemplo me ayudaron a cumplir una de mis más grandes metas que fue concluir una carrera universitaria , gracias a cada una de las personas que colaboraron con sus palabras de aliento, por su tiempo y su apoyo y a esos amigos que la universidad me regalo.

Gracias a mi asesora la Doctora Diana Cecilia Tapia Pancardo por su asesoramiento continuo para la realización del presente trabajo, fue un honor y privilegio trabajar bajo su tutela.

A mi equipo de tesis que después de tanto esfuerzo, estrés, corajes y risas, dimos por concluido nuestro trabajo. Un equipo de gran calidad humana.

Y ahora a ti, que me regalas tiempo de tu vida para leer mi trabajo.

Rodolfo Martínez Mondragón



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



En primer lugar te agradezco a ti Dios, por ayudarme a terminar este proyecto, gracias por darme la fuerza y el coraje por hacer este sueño realidad, por ponerme en este loco mundo, por estar conmigo en cada momento de mi vida. Por cada regalo de gracia que me has dado y que inmerecidamente he recibido, como la beca sin la cual no hubiera podido concluir mis estudios, una prueba más de fidelidad, prometiste una buena escuela y diste algo que fue más allá de mis expectativas, por lo que me doy cuenta que no te vale mi desarrollo, pero antes de ser un profesional quiero ser siempre tu hijo y un buen ser humano, ya que es el mayor privilegio que podemos tener, más valioso que todos los títulos de la tierra.

Agradezco de manera especial a la Dra. Diana Cecilia Tapia Pancardo por permitir que esta tesis se desarrollara en el marco de un proyecto sobre las herramientas de inmersión como estrategia para la salud mental en adolescentes; por su paciencia, disponibilidad y generosidad para compartir su experiencia y amplio conocimiento sobre la fabricación del material estudiado en esta tesis. Le agradezco también por sus siempre atentas y rápidas respuestas a las diferentes inquietudes surgidas durante el desarrollo de este trabajo, lo cual se ha visto también reflejado en los buenos resultados obtenidos.

Debo agradecer también a la escuela secundaria “Telpuchcalli”, que se encuentra ubicada en Av. Chimalhuacán no. 414, Colonia Benito Juárez, ciudad Nezahualcóyotl por su amabilidad y disponibilidad durante mi estancia en grupo, durante las cuales tuve todo el soporte profesional y logístico para alcanzar los objetivos perseguidos. Muchas gracias por permitirme vivir una experiencia tan importante para mi formación como investigador.

Para mis compañeros de grupo, Licenciados en Enfermería que tengo sólo palabras de agradecimiento, especialmente por aquellos momentos en los que pude ser inferior a sus expectativas: ha sido un camino largo y duro en el que, algunas veces, la fijación por lograr tus objetivos te hace olvidar la importancia del contacto humano. Sin embargo, como en todas las actividades de la vida, siempre al final hay algunos criterios que te permiten priorizar y es por ello que debo resaltar mis agradecimientos para algunas personas.

Y, por supuesto, el agradecimiento más profundo y sentido va para mi familia. Sin su apoyo, colaboración e inspiración habría sido imposible llevar a cabo este duro proyecto de investigación. A mis padres, Verónica y José Guadalupe, por su ejemplo de lucha y honestidad, al esfuerzo, orientación y apoyo moral y económico que me brindaron para alcanzar una de las metas trazadas en mi vida; con el cuál logre culminar mi esfuerzo, terminando así mi carrera profesional que es para mí la mejor de las herencias.

Claudia Gabriela Rivera Ramírez



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



ÍNDICE

RESUMEN	10
INTRODUCCIÓN	12
MARCO REFERENCIAL	15
CAPÍTULO I	15
HERRAMIENTAS DE INMERSIÓN EN LA SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE	15
1.1 Las herramientas de inmersión	15
1.2 Los simuladores o ambientes de inmersión en la formación educativa.	17
1.2.1 Herramientas audiovisuales	19
1.2.1.1 Funciones en los medios audiovisuales en la enseñanza	20
1.2.1.2 Utilización de video como medio educativo	22
1.2.1.3 Fundamentos teóricos	23
1.2.2 La brecha digital	25
1.2.3 Herramientas de inmersión en nativos e inmigrantes digitales.	28
CAPÍTULO II	30
EL ADOLESCENTE	30
2.1 ¿Qué es la adolescencia?	30
2.2 El cerebro adolescente	32
2.3 El desarrollo físico psicológico y social del adolescente	35
2.3.1 Cambios físicos	35
2.3.1.1 Características sexuales primarias	38
2.3.1.2 Características sexuales secundarias	38
2.3.2 Cambios Psicológicos	39
2.3.3 Teorías Psicosociales	41
2.3.3.1 Teoría Psicogenética de Piaget	41
2.3.3.2 Teoría psicosocial de Erickson	43
2.3.3.2.1. Estadio psicosocial	44
2.3.3.3 Teoría sociocultural de Vigotsky	47
2.3.3.3.1 Etapas de desarrollo	48
2.3.3.3.2 Cambios sociales	48
2.4 Adolescencia normal desde el punto de vista psicológico	50
2.5 Indicadores de buen funcionamiento	52



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA



2.5.1 Necesidad de verificarse	53
2.5.2 La intimidad	53
2.5.3 La incorporación a un grupo	54
CAPÍTULO III	55
SALUD MENTAL EN EL ADOLESCENTE	55
3.1 Concepto de salud mental	55
3.2 Salud mental: Generalidades del problema	56
3.3 México: dimensiones del problema	61
3.4 La Atención de la salud mental	65
3.5 La atención de la salud mental en México	68
3.5.1 Salud mental en atención primaria	73
3.6 Visión de enfermería sobre la atención de la salud mental	77
CAPÍTULO IV	79
INTELIGENCIA EMOCIONAL COMO ESTRATEGIA EN LA SALUD MENTAL	79
4.1 Concepto de inteligencia	79
4.2 Concepto de emoción y los tipos de emoción	79
4.2.1 Funciones de las emociones	80
4.2.2 Componentes de las emociones	82
4.2.3 Tipos de emociones	82
4.3 Concepto de sentimientos	83
4.4 La inteligencia emocional	84
4.4.1 Los diferentes modelos de la inteligencia emocional	86
4.4.1.1 El Modelo de Daniel Goleman	87
4.4.1.1.1 Competencias emocionales	89
4.4.1.1.2 Modelo de las cuatro ramas de Inteligencia Emocional de Mayer & Salovey	94
4.4.1.1.3 BAR-ON: Modelo de la inteligencia emocional social.	101
4.5 La adolescencia y la experiencia emocional	102
CAPÍTULO V	103
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN	103
5.1 Problematización	103
5.3 Justificación	104



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



5.4	Objetivos	105
5.4.1	General	105
5.4.2	Específicos	105
5.5	Metodología	105
5.5.1	Aspectos éticos y legales	106
5.5.2	Taller de inteligencia emocional	108
5.5.1.1	Objetivos del taller	109
5.6.	Estrategia de recolección de datos	109
5.6.1	Acceso al escenario y técnicas para la obtención de información:	110
5.6.2	Recursos y apoyo logísticos	110
5.6.2.1	Recursos humanos	110
5.6.2.2	Recursos materiales	110
5.6.2.3	Recursos físicos	111
5.7	Participantes o informantes:	111
5.7.1	Características de los participantes o informantes:	111
5.9	Hallazgos	113
5.10	Hallazgos	114
5.11	Discusión	118
6.	Conclusiones	123
7.	Referencia Bibliografica	125
8.	Anexos	130



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



ÍNDICE DE FIGURAS

- Fig. No. 1 TIC's
- Fig. No. 2 Uso de las herramientas en el profesional educativo.
- Fig. No. 3 Funciones en los medios audiovisuales
- Fig. No. 4 Educación participativa
- Fig. No. 5 Presentaciones Power Point
- Fig. No. 6 Realización de Videos
- Fig. No. 7 Brechas digitales
- Fig. No. 8 Tipos de brechas digitales
- Fig. No. 9 Generaciones digitales
- Fig. No. 10 Cambios en la adolescencia (king, 2002)
- Fig. No. 11 Maduración del cerebro
- Fig. No. 12 Estructuras cerebrales
- Fig. No. 13 Cambios Sexuales Primarios
- Fig. No. 14 Cambios sexuales secundarios
- Fig. No. 15 Desarrollo evolutivo del adolescente
- Fig. No. 16 Ciclo de vida completo (Erickson, 1998)
- Fig. No. 17 Etapas del desarrollo según Vygotsky
- Fig. No. 18 Indicadores del buen funcionamiento
- Fig. No. 19 Pobreza relacionado con trastornos mentales
- Fig. No. 20 Ansiedad y depresión
- Fig. No. 21 Trastornos mentales ocasionados por enfermedades terminales
- Fig. No. 22 Funciones de las emociones
- Fig. No. 23 Las inteligencias múltiples
- Fig. No. 24 Modelo de Goleman
- Fig. No. 25 Competencias emocionales
- Fig. No. 26 Modelo de cuatro-ramas de inteligencia emocional de Mayer & Salovey (1997)
- Fig. No. 27 Entendimiento y análisis de las emociones
- Fig. No. 28 Ubicación gráfica del plantel
- Fig. No. 29 Tabla de informantes
- Fig. No. 30 Tablas de categorización



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA



RESUMEN

Introducción: Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), desataron un modelo sin precedentes en la educación, surgiendo entonces la necesidad de incorporar estrategias didácticas que aprovechen óptimamente las tecnologías de la información para maximizar el aprendizaje (Morales, 2014). Los adolescentes experimentan por diferentes cambios en su vida, cada uno de ellos conlleva ciertas responsabilidades y cambios de actitudes, pero el más difícil y de mayor enfoque son los cambios emocionales, ya que tienen una perspectiva de la vida modificada.

Objetivo: Analizar la influencia de las herramientas de inmersión como estrategia para favorecer la salud mental del adolescente. **Metodología:** Investigación cualitativa, planteo las experiencias de los participantes, los investigadores se aproximaron a un sujeto real, presente en el mundo con sus propias experiencias, opiniones, valores, comportamientos, emociones, sentimientos, participaron 26 estudiantes de ambos sexos, edad entre 13 y 15 años, de los tres grados de secundaria, fueron seleccionados por conveniencia y con apoyo del psicólogo de la secundaria. Se implementó un taller de inteligencia emocional (IE), este se basó en la tecnología educativa, utilizando un video, el alumno práctico un proceso de reflexión para llegar a comprenderse mejor a sí mismo y a su entorno, realizando posteriormente un proyecto audiovisual (video) como producto final, en el que analizaron algunos de los problemas que preocupan a los estudiantes y la relación que establecen con su contexto. La recolección de datos fue por medio de entrevistas semiestructuradas antes y después de la implementación del taller de IE; también mediante observación participante. El análisis de datos fue con base en Souza Minayo (2011), el sustento teórico fue con Guzmán et al., (2016); Fuentes y Rivera (2016); Tapia et al., (2016); Goleman (2011) y Vygotsky (1962, 2012). **Hallazgos:** Emergieron 2 categorías, I la IE como transformador de factores de riesgo para vivir adicciones en factores de protección en adolescentes, con las subcategorías 1.1 Asertividad y Fortaleza en la toma de decisiones. 1.2 Seguridad y



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



desahogo de mis emociones, 1.3 Confianza en sí mismo y en los demás. Categoría II Desarrollo de la IE a través de herramientas de inmersión para fomento de la salud mental del adolescente. Con las subcategorías 2.1 Identidad, autoconocimiento y autoestima, 2.2 Sorpresa y felicidad al actuar un papel. **Conclusiones:** Las herramientas de inmersión favorecen un acercamiento al usuario con un enfoque más humanista, en donde se estudian sus necesidades reales mediante la experimentación vivida del problema a solucionar o situación a mejorar. Su objetivo es que los alumnos experimenten dentro de un entorno controlado, situaciones lo más apegadas a la realidad, de tal manera que aprendan de sus experiencias y adquieran un conocimiento a través del autoaprendizaje. El programa de IE, mediado por las herramientas de inmersión favoreció el regular sentimientos, lograr mejor adaptación psicológica y social, el identificar las emociones propias y de los demás con mayor precisión en diferentes situaciones les permitió darle espacio a la reflexión con pensamientos lo más claros posibles sobre los eventos y el contexto, fomentando su salud mental. Enfermería juega un papel importante en los programas de prevención y promoción de la salud, su participación en equipo para brindar cuidados hacia la salud mental sobre todo en grupos vulnerables es relevante. **(Agradecimientos al PAPIME 301516).**



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



INTRODUCCIÓN

Las herramientas de inmersión forman parte de las metodologías más interesantes que han emergido durante los recientes años, surgiendo entonces la necesidad de incorporar estrategias didácticas que aprovechen óptimamente las tecnologías de la información para maximizar el aprendizaje; y así mismo la necesidad de realizar investigación que permita evaluar los resultados de estos ambientes en los estudiantes (Morales, 2014).

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), desataron un modelo sin precedentes en la educación y el proceso de enseñanza-aprendizaje a comienzo de los 90's. Son todas aquellas que a partir de medios como audios, videos, y uso de recursos tecnológicos procesan, almacenan, sintetizan y recuperan información presentada de la forma más variada; involucrando al individuo a integrar o desarrollar un escenario real, dándole la experiencia y ayudándole a crear una perspectiva diferente y concreta de lo que se quiere o pretende dar a entender, llámese algún tipo de información específica o en general (Morales, 2014).

Constituyen nuevos soportes y canales para dar forma, registrar, almacenar y difundir contenidos informacionales. Algunos ejemplos de estas tecnologías son la pizarra electrónica, la proyección de material audiovisual, los blogs, el *podcast* y por supuesto la red, para todo tipo de aplicaciones educativas, las TIC son medios y no fines. (Salazar, 2004)

La adolescencia es un periodo evolutivo que contempla importantes cambios en la maduración del cerebro, este proceso tiene lugar primordialmente en regiones cerebrales asociadas a motivación, impulsividad y susceptibilidad adictiva (Guzmán et al., 2016; Tapia et al, 2016).

A medida que sobreviene la maduración nerviosa tiende a reducirse la impulsividad y otros rasgos afines. Mientras tal reducción ocurre, estos procesos pueden ayudar



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



a desarrollar capacidades y actitudes porque exigen un procesamiento global de la información que contienen, por lo que las herramientas de inversión pueden producir un impacto emotivo que generen sentimientos favorables hacia el aprendizaje, estimulando la atención y la receptividad del alumno (Fuentes y Rivera, 2016)

El Licenciado en Enfermería, en su quehacer del cuidado holístico, en el presente trabajo de investigación atendió a las necesidades de la salud mental en la etapa del individuo adolescente, de tal forma que implemento estrategias innovadoras (herramientas de inmersión) en el proceso de educación para la salud, específicamente enfocadas en este caso a la prevención, detección y atención sobre el riesgo de uso y abuso de sustancias psicoactivas, para fomentar la salud física y mental de grupos vulnerables. La intervención contemplo la impartición de un taller de inteligencia emocional (IE), brindando así los elementos necesarios para la formación de los criterios y capacidades de identificar, clasificar y reconocer las emociones experimentadas antes, durante y después del contacto o riesgo del mismo ante las drogas. Favoreciendo que el receptor ensaye y desarrolle la asertividad en la toma de decisiones como punto inicial para evitar entrar en conductas de riesgo, actualmente consideradas como un problema de salud pública como lo es la drogadicción y sus alcances.

La presente tesis consta de IV capítulos; donde en el CAPÍTULO I se habla sobre la importancia que tienen que ver las TIC's en nuestra actualidad dentro del mundo adolescente. Las TIC's como una herramienta de inmersión nos sirven como una estrategia didáctica para la enseñanza de diferentes temas en donde el adolescente puede estar íntimamente relacionadas a la mejora y el soporte a los procesos de operación para aumentar la competitividad y productividad de las personas y organizaciones en el tratamiento de cualquier tipo de información, favoreciendo con ello la difusión, manejo y aprendizaje de los contenidos, mensajes, conductas, actitudes, etc. Las herramientas de inmersión pretenden considerar los diferentes tipos de aprendizaje de las poblaciones en cuestión,



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



facilitando la captación de la atención e interés de cada participante. En el CAPÍTULO II se aborda al adolescente y sus cambios en sus tres esferas biológico, físico y psicosocial. El CAPÍTULO III desarrolla la salud mental abarcando el contexto socio demográfico en nuestra país, la atención médica en la salud mental y la percepción del personal de enfermería en salud mental y por último integramos el IV CAPÍTULO con el nombre la Inteligencia Emocional describiendo las emociones y sentimientos los tipos y funciones que se tienen en nuestros adolescentes y los diferentes tipos de modelos que desarrollan la inteligencia emocional, basándonos en el modelo de Goleman (1995), el término de Inteligencia Emocional se refiere a la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los ajenos, de motivarnos y de manejar bien las emociones, en nosotros mismos y en nuestras relaciones.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



MARCO REFERENCIAL

CAPÍTULO I

HERRAMIENTAS DE INMERSIÓN EN LA SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE

1.1 Las herramientas de inmersión

Es necesario tener una definición y una comprensión del concepto de herramienta. En la historia humana las herramientas han sido artefactos diseñados para resolver problemas prácticos. Por ejemplo una lanza prehistórica fue una herramienta útil para matar animales a cierta distancia. Después se inventó el arco y la flecha, que permitió ampliar la distancia entre el cazador y el animal, hasta llegar las armas de fuego que ampliaron mucho más la distancia, la potencia y la precisión del proyectil.

Una herramienta se conceptualiza, así, como un medio para lograr un fin, y la historia de cada herramienta material es la historia de la solución de un problema material, como cortar, transportar, excavar, etc. En términos de Cole (1996), una herramienta es “un aspecto del mundo material que ha sido modificado en el curso de su historia de incorporación en acciones humanas dirigidas por fines muy específicos...en el proceso de creación y uso estos artefactos son simultáneamente ideales (conceptuales) y materiales” (Cole, 1996).

La inmersión significa sensibilizar con el ambiente o entorno en el cual se llevará a cabo un estudio, identificar informantes que aporten datos y nos guíen por el lugar, adentrarse y compenetrarse con la situación de la investigación, además de verificar la factibilidad del estudio.

Las herramientas de inmersión forman parte de las metodologías más interesantes que han estado surgiendo durante los recientes años. Se ha visto una tendencia hacia un acercamiento al usuario con un enfoque más humanista, en donde se estudian sus necesidades reales mediante la experimentación vivida del problema a solucionar o situación a mejorar. Estas herramientas están diseñadas para que los



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



procesos de enseñanza-aprendizaje sean situados y auténticos. Su objetivo es que los alumnos experimenten dentro de un entorno controlado, situaciones lo más apegadas a la realidad, de tal manera que aprendan de sus experiencias y adquieran un conocimiento a través del autoaprendizaje. Como parte de esta categorización encontramos varias herramientas: simuladores, realidad virtual, y herramientas geo-referenciales (Cepeda, 2014).

Uno de los problemas fundamentales en la educación superior radica en la carencia en cuanto a crear experiencias concretas e innovadoras, con el objetivo de fortalecer el proceso de aprendizaje de los alumnos universitarios. Si bien algunos planes y programas de estudio, por su naturaleza, posibilitan la realización de prácticas específicas que permiten a los alumnos progresar en su aprendizaje, éstas, en la mayoría de los casos, refiere a experiencias que se realizan con contextos segmentados, lo que complica el proceso de aprendizaje en la sociedad actual. Ante esta problemática, las tecnologías de la información y comunicación (TIC's), así como los simuladores o ambiente de inmersión, constituyen una opción para la construcción de experiencias que potencien el aprendizaje integral (Morales, 2014).



Fig. No. 1 TIC's

1.2 Los simuladores o ambientes de inmersión en la formación educativa.

La formación académica tiene una trascendencia fundamental en toda sociedad. La definición del perfil profesional es el primer paso para satisfacer los requerimientos de la sociedad y del sector empleador. El perfil del profesional ha de cumplir con una cualidad fundamental: anticipar y buscar los requerimientos del futuro que enfrentará el egresado. La construcción de este perfil se desarrolla a través del diseño de planes y programas de estudios basados en un modelo educativo específico que permita el aprovechamiento de un cuerpo académico reconocido, con el apoyo de diversos instrumentos y tecnología en materia educativa, así como el apoyo administrativo y logístico institucional (Morales, 2014).



Fig. No. 2 Uso de las herramientas en el profesional educativo.

Sin embargo, los acelerados cambios estructurales y el dinamismo de nuestras sociedades imponen un nuevo reto a las universidades actuales: cambiar más rápido que los entornos sociales y laborales para responder a sus necesidades.

De la diversidad de fenómenos que potencian estos cambios, uno resalta por su impacto y profundidad, tanto en el ámbito productivo, como en el educativo, se trata de las tecnologías de la información y comunicación. Según observa Tello (2008) las tecnologías de información y comunicaciones (TIC) es un término que contempla toda forma de tecnología usada para crear, almacenar, intercambiar y procesar información en sus varias formas, tales como datos, conversaciones de voz, imágenes fijas o en movimiento presentaciones multimedia y otras formas. En particular las TIC están íntimamente relacionadas con computadoras, software y telecomunicaciones. Su objetivo principal es la mejora y el soporte a los procesos de operación para aumentar la competitividad y productividad de las personas y organizaciones en el tratamiento de cualquier tipo de información, favoreciendo con ello la difusión, manejo y aprendizaje de los contenidos, mensajes, conductas,



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



actitudes, etc. Las herramientas de inmersión pretenden considerar los diferentes tipos de aprendizaje de las poblaciones en cuestión, facilitando la captación de la atención e interés de cada participante.

1.2.1 Herramientas audiovisuales

Partimos de la base de que los medios audiovisuales son instrumentos tecnológicos que ayudan a presentar información mediante sistemas acústicos, ópticos, o una mezcla de ambos y que, por tanto, pueden servir de complemento a otros recursos o medios de comunicación clásicos en la enseñanza como son las explicaciones orales con ayuda de la pizarra o la lectura de libros. Los medios audiovisuales se centran especialmente en el manejo y montaje de imágenes y en el desarrollo e inclusión de componentes sonoros asociados a las anteriores.

Sabemos de sobra que los jóvenes actuales están inmersos en un mundo audiovisual, y les resulta más fácil que un adulto comprenderlo, pero lo cierto es que leer una imagen necesita un aprendizaje específico (alfabetización visual), ya que la realidad que reflejan las imágenes es variada y múltiple, de modo que su comprensión depende de diversos factores personales como la experiencia, la memoria, el contexto, la cultura y los códigos de cada sociedad. La educación puede ofrecer los instrumentos necesarios para leer e interpretar imágenes como lo hace con los signos de la lengua, pero las instituciones educativas no han promovido el aprendizaje y la utilización de los medios audiovisuales en igual medida que el uso del lenguaje, aunque la situación está cambiando en los últimos tiempos.

La pedagogía que se realiza con ayuda de imágenes y sonido consiste en aplicar todos los hallazgos del lenguaje de los medios de comunicación para servir de apoyo a las explicaciones del profesorado en las diferentes áreas del currículo y facilitar el aprendizaje de los contenidos de diversa índole. Este enfoque se centra en el conocimiento, por parte del profesorado, de los aspectos técnicos relacionados con el manejo de los medios audiovisuales y, sobre todo, en la formación didáctica necesaria para utilizar tales medios de forma adecuada.

1.2.1.1 Funciones en los medios audiovisuales en la enseñanza

Los trabajos sobre las aplicaciones educativas de los medios audiovisuales indican que el uso adecuado de tales medios permite desarrollar las siguientes funciones educativas:



Fig. No. 3 Funciones en los medios audiovisuales.

En el caso de que el profesorado que utiliza los medios audiovisuales en la educación aplique una metodología activa y participativa de sus alumnos, se pueden desarrollar otras funciones como son las siguientes:



	<p>Fomentar la participación, el interés por un tema y el espíritu crítico para debates.</p>		<p>Facilitar el aprendizaje por descubrimiento, ya que las imágenes facilitan establecer semejanzas y diferencias.</p>
	<p>Desarrollo de la creatividad ejerce el uso integrado de materiales y evita el aprendizaje memorístico.</p>		<p>Ayuda al alumno a comprenderse mejor así mismo y a su entorno</p>
		<p>Mejorar el proceso educativo, con fines de retroalimentación, análisis crítico y búsqueda de saluciones.</p>	

Fig. No. 4 Educación participativa



Fig. No. 5 Presentaciones Power Point



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA



1.2.1.2 Utilización de video como medio educativo

El video es un medio audiovisual que por su capacidad de expresión y su facilidad de uso, se ha convertido en un importante recurso didáctico. Este medio educativo es muy versátil porque permite ilustrar o recapitular sobre un contenido concreto del currículo y puede suscitar el interés sobre un tema por el apoyo del sonido y de las imágenes en movimiento.

Hay que recordar que el video no puede sustituir al profesor pero puede utilizarse como instrumento motivador y servir de complemento a las explicaciones verbales. Se puede emplear para introducir un tema, confrontar ideas, presentar hechos o procedimientos que no pueden ser observados en directo, analizar o sintetizar temas.

La utilización del vídeo en las aulas para fines didácticos, es un tema interesante debido al auge que ha cobrado la imagen digital como medio de comunicación, una de las características de la imagen es que ésta no depende en esencia de la lectura para transmitir un significado, de la misma manera el vídeo no depende en esencia de la lectura para captar un significado. A la imagen en movimiento se le agrega una descripción verbal la cual complementa lo que se está observando, las experiencias pictóricas permiten captar una mayor descripción de lo que se observa, por ello los materiales audiovisuales usados con propiedad, ofrecen grandes oportunidades para mejorar el aprendizaje. El vídeo tiene características especiales que lo hacen único, la combinación de la imagen en movimiento con el sonido, hacen atractiva su presentación (Cepeda, 2014, Castaño, 2007).

Es importante diferenciar el concepto de vídeo didáctico y la utilización del vídeo didáctico, de acuerdo a Cabero (2007), “por vídeo didáctico vamos a entender aquel que ha sido diseñado y producido para transmitir unos contenidos, habilidades o actividades y que, en función de sus sistemas simbólicos, forma de estructurarlos y utilización, propicie el aprendizaje en los alumnos; por el contrario, con su utilización didáctica nos referimos a una visión más amplia de las diversas formas de utilización que puede desempeñarse en la enseñanza”. Por lo cual el docente de

acuerdo a sus necesidades y competencias digitales deberá decidir si elabora sus propios vídeos didácticos o simplemente utiliza un vídeo didáctico ya existente.



Fig. No. 6 Realización de Videos

Bravo (2000) señala que “la introducción del vídeo en el aula puede producir modificaciones sustanciales en el escenario donde tiene lugar la docencia.” La presentación del vídeo no debe verse como una forma de entretener a los alumnos. El vídeo debe tener un objetivo didáctico previamente formulado. El aprendizaje no se encuentra en función del medio, sino fundamentalmente en las estrategias y técnicas que se apliquen sobre él. También es muy relevante la actitud y la estrategia didáctica que el docente tenga al presentar el vídeo como un material didáctico, ya que a través de ello se deriva gran parte del aprendizaje en los alumnos.

1.2.1.3 Fundamentos teóricos

La incorporación de la tecnología de la información y comunicación a la educación es base esencial para las próximas generaciones para el óptimo desarrollo de sus



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



competencias tecnológicas que les permitirán hacer frente a un mundo globalizado.

Los avances en materia de tecnología y la utilización de ésta en la sociedad moderna, trae consigo un cambio en la forma en que la sociedad se desenvuelve en su diario vivir, estos cambios han afectado su vida laboral, la forma en que se comunican, la forma en que intercambian información, la forma en que obtienen información, la forma en que se divierten, etc., y a quienes más ha impactado estos cambios ha sido a los jóvenes y a las próximas generaciones como algunos autores los llaman nativos digitales. El reto que se genera ante tal escenario es saber cómo educar a éstas generaciones, como menciona (Brunner, 2000) que Don Tapscott las denomina “net-generation”. Y es un reto porque las generaciones de hoy se desenvuelven en un mundo donde la información se presenta de una manera dinámica, acompañada de colores, música, movimiento, video, etc.

Los distintos desarrollos tecnológicos que se vienen propiciando demandan nuevas acciones en las aulas trayendo consigo que las instituciones educativas se encuentren ante uno de los retos más importantes. Ante la incorporación de la tecnología al proceso de enseñanza aprendizaje es importante resaltar que el docente es quien lleva la dirección del grupo, una computadora no podría hacerlo, pero si puede ser utilizada como un elemento mediador para la explicación de un concepto. Al hablar de medio es necesarios dar una definición de lo que es un medio, la gente dedicada a los medios de comunicación define medio (del latín medius), lo que está entre dos cosas, en el centro de algo o entre dos extremos, se hace referencia al instrumento o forma de contenido por el cual se realiza el proceso comunicacional o de comunicación. Es decir es cualquier cosa que difunde un mensaje entre un emisor o un receptor. Los instrumentos pueden ser los equipos e instalaciones y los materiales o documentos.

Castaño y Romero (2007) mencionan que los medios a emplear no se deben percibir simplemente como elementos técnicos, por el contrario son elementos



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



didácticos y de comunicación, el aprendizaje no se encuentra en función del medio, sino fundamentalmente sobre la base de las estrategias y técnicas didácticas que apliquemos sobre él.

1.2.2 La brecha digital

Tampoco debemos olvidar que las tecnologías que sustentan este tipo de sociedad no llegan a todas las personas o lo hacen de forma desigual. Aunque es cierto que el alcance de Internet y estas tecnologías es cada vez mayor, aún persisten algunas barreras en forma de brechas digitales que impiden la integración de muchas personas en la sociedad del conocimiento, produciéndose exclusión digital. El fenómeno de la brecha digital es multifacético y abarca conceptos más amplios que los puramente tecnológicos. La brecha digital no es única y podemos hablar de varios tipos que pueden combinarse entre sí y que están condicionados por varios factores, tales como la edad, situación geográfica, recursos económicos, educación, empleo y otros de tipo cultural. (Cepeda, 2014)



Podemos distinguir 3 tipos de brecha digital:

BRECHA DIGITAL DE ACCESO

Acceso que se tiene a las TIC's desde lo básico como Internet, hasta como son los telefonos móviles y dispositivos.

BRECHA DE UTILIZACIÓN

Capacidad del uso de tecnologías de la información y comunicación, junto a las habilidades que permiten gestionar, entender, analizar y utilizar la información

BRECHA DE APROBACIÓN

Personas y profesionales que no usan las herramientas tecnologicas porque no perciben su utilidad real.

Fig. No. 7 Brechas digitales

- Brecha digital de acceso: a infraestructuras básicas o Internet, aunque también puede hacer referencia al resto de TIC, como los teléfonos móviles y otros dispositivos.
- Brecha de utilización: frecuente en países desarrollados en los que la población dispone de acceso a Internet, pero la falta de motivación o de competencias digitales, hacen que el uso de las tecnologías sea muy limitado.
- Brecha de apropiación: compuesta por personas que no usan la red porque no cubre ninguna de sus necesidades. En salud esta brecha es quizás muy importante, ya que muchos profesionales no usamos las herramientas tecnológicas en nuestro trabajo, porque no percibimos su utilidad real. El

estadio de madurez en la apropiación de las TIC en salud se alcanzará cuando los profesionales seamos conscientes de los beneficios que éstas aportan en nuestro trabajo y nos encontramos motivados para utilizarlas.

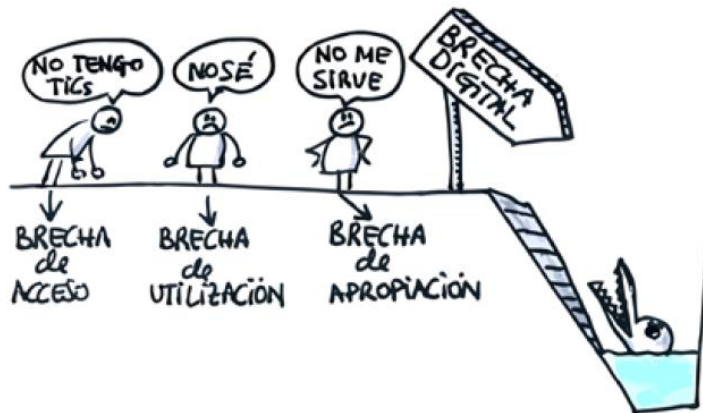


Fig. No. 8 Tipos de brechas digitales

Parece que aún nos queda mucho camino por recorrer para consolidarnos como sociedad del conocimiento. El aumento de la cantidad y la velocidad de transmisión de la información han superado con creces nuestra capacidad de gestión y aprovechamiento. Por lo que los retos para los tiempos que se acercan pasan por mejorar nuestra capacidad para eliminar el ruido y filtrar eficazmente la información que recibimos, así como reducir las desigualdades y brecha digital, tanto de acceso, como de utilización adecuada de las tecnologías.

Para conseguirlo, debemos integrar en nuestra sociedad no solo competencias en el uso de las herramientas, sino también nuevas habilidades propias de los trabajadores del conocimiento, tales como el pensamiento crítico, capacidades de gestión y filtro de información, trabajo colaborativo en red, etc. (Castells, Lugo *et al.*, 2015).



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



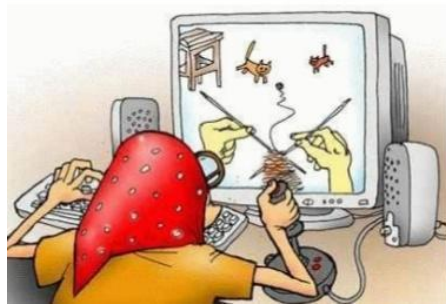
1.2.3 Herramientas de inmersión en nativos e inmigrantes digitales.

Prenski (2001) propone reconocer que los alumnos del siglo XXI piensan y procesan la información de manera significativamente distinta a sus predecesores. Expone que en el siglo XXI existen 2 generaciones diferenciadas por el uso de las TIC: “Nativos” e “Inmigrantes”

Concibe el término “nativos digitales” para describir el perfil del actual estudiante rodeado de diferentes tipos de TIC (Internet, correo electrónico, ordenadores, videojuegos, música digital, telefonía móvil, etc.), en su vida cotidiana lo cual va definiendo un nuevo tipo de destrezas en el manejo y utilización de las TIC. El caso del concepto “Inmigrantes” se refiere a quienes no han vivido tan intensamente esa avalancha de las TIC, pero que están obligados a ponerse al día. Parece que aún nos queda mucho camino por recorrer para consolidarnos como sociedad del conocimiento. El aumento de la cantidad y la velocidad de transmisión de la información han superado con creces nuestra capacidad de gestión y aprovechamiento.

Por lo que los retos para los tiempos que se acercan son grandes e importantes, el proceso debe considerar los diferentes tipos de aprendizaje de los participantes para favorecer la atención necesaria y desarrollar la capacidad para eliminar el ruido y filtrar eficazmente la información que recibimos, así como reducir las desigualdades y brecha digital, tanto de acceso, como de utilización adecuada de las tecnologías en los diferentes sectores de la sociedad, incluyendo en este caso el de salud.

**NATIVOS
DIGITALES** →



**INMIGRANTES
DIGITALES** ←

Fig. No. 9 Generaciones digitales



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



CAPÍTULO II

EL ADOLESCENTE

2.1 ¿Qué es la adolescencia?

La adolescencia es un periodo de la vida con intensos cambios físicos, psíquicos y sociales, que convierten al niño en adulto. Se inicia con la pubertad y termina cuando cesa el desarrollo biopsicosocial. En este período, en el que ocurren cambios rápidos y de gran magnitud, la persona transita por cambios tanto biológicos, como psicológicos y socialmente madura y es capaz de vivir en forma independiente, que es el cumplimiento de sus tareas del desarrollo, en la actualidad este proceso cada vez encuentra más obstáculos, por los contextos actuales llenos de inseguridad, aunque depende de las circunstancias y el acompañamiento que reciba el adolescente (Tapia et al., 2013, 2016; Guzmán et al., 2016)

La adolescencia es el periodo de transición entre la infancia y la vida adulta, esta transición implica que los adolescentes deben enfrentarse a un gran reto: la entrada en los ámbitos de producción y la reproducción tal como los concibe la sociedad y la cultura en la que se están desarrollando. Se trata de una transición compuesta de múltiples cambios, puesto que son muchos los objetivos que el antiguo niño debe alcanzar para convertirse en el futuro adulto (Tapia et al., 2013, 2016; King, 2002).



Se han clasificado así:

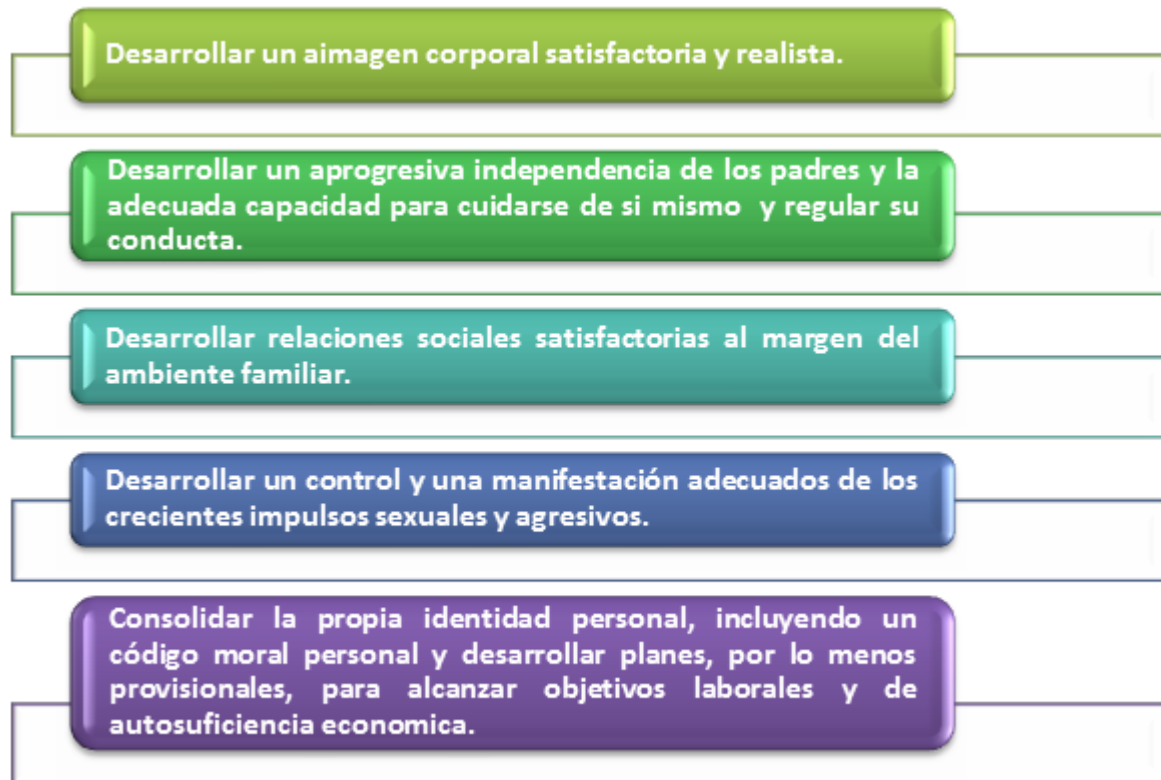


Fig. No. 10 Cambios en la adolescencia (King, 2002)

Todos estos objetivos y tareas suponen que el adolescente pasa gradualmente de ser un miembro de la familia de sus padres a ser un miembro pleno de la sociedad. Se han descrito los cuatro mecanismos básicos que utilizan los adolescentes para recorrer esa transición:

1. Los adolescentes se desarrollan en ambientes cambiantes que canalizan sus trayectorias, según sean en cada momento y en cada comunidad sus creencias culturales, sus instituciones y sus acontecimientos históricos.
2. Entre las opciones disponibles, los adolescentes seleccionan los ambientes por los que va a transitar su desarrollo y los senderos que guíen sus pasos futuros.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



3. Las consecuencias de sus actos, especialmente los fracasos y los acontecimientos negativos, determinan adaptaciones de sus objetivos, planes y pensamientos a fin de enfrentarse con éxito a los retos futuros que aparezcan en sus trayectorias.
4. Tras recibir información sobre los resultados de sus esfuerzos, y ante una situación y una posición social concretas, reflexionan sobre distintas cuestiones relacionadas con ellos mismos y con sus vidas. Adquieren conceptos ya complejos de sí mismos y tienden y tienden a comentarlos con padres y coetáneos, facilitando así la construcción coherente de su identidad personal (Tapia et al., 2013, 2016; Nurmi, 2002)

2.2 El cerebro adolescente

La adolescencia es un periodo evolutivo que contempla importantes cambios en la maduración del cerebro. Durante la infancia se produce un incremento sustancial de volumen de materia gris en la corteza cerebral. Durante la adolescencia y el inicio de la juventud tiene lugar un extenso proceso de poda de sinapsis corticales, lo que supone una reducción de materia gris, junto con un aumento de mielinización. Esta remodelación neuronal permite alcanzar una mejor comunicación entre las regiones cerebrales corticales y las subcorticales, facilitando así el funcionamiento óptimo de los sistemas sensoriomotor, motivacional, emocional y cognitivo.

Este proceso madurativo no es homogéneo: ciertas regiones corticales maduran antes que otras. Así, durante la adolescencia tiene lugar la maduración gradual de las áreas frontales media y laterales, responsables de las funciones cognitivas superiores. Sin embargo las estructuras cerebrales más posteriores y profundas, responsables de funciones más primitivas, lo hacen más tempranamente (Guzmán et al, 2016; Fuentes y Rivera, 2016).

Las etapas de la maduración

En el proceso de maduración se produce una pérdida de sustancia gris. Esto sería producto de la eliminación de conexiones neuronales no utilizadas y del desarrollo de las funciones superiores del adulto.



Fig. No. 11 Maduración del cerebro

El neurodesarrollo adolescente tiene lugar primordialmente en regiones cerebrales asociadas a motivación, impulsividad y susceptibilidad adictiva. Este fenómeno implica que la impulsividad y la búsqueda de novedad, características temperamentales tan propias de la adolescencia, pueden explicarse en parte por cambios madurativos en sistemas monoaminérgicos corticales frontales y subcorticales. A medida que sobreviene la maduración nerviosa tienden a reducirse la impulsividad y otros rasgos afines. Mientras tal reducción ocurre, estos procesos pueden tanto promover impulsos para aprender en orden a adaptarse a papeles sociales adultos, como conferir una mayor vulnerabilidad a los efectos adictivos de las drogas (Guzmán et al, 2016; Fuentes y Rivera, 2016).

El desarrollo emocional y las respuestas ante situaciones de estrés se basan en la maduración del sistema límbico, que incluye tres estructuras cerebrales (Tapia et al., 2017):



Fig. No. 12 Estructuras cerebrales

Ciertamente, los cambios en capacidad afectiva, motivacional y cognitiva que se constatan a lo largo de la adolescencia guardan relación con los hallazgos neuro-anatómicos madurativos. Por ejemplo, la adolescencia inicial se caracteriza por un incremento de la reactividad emocional, las interacciones sociales con coetáneos, las conductas arriesgadas y la búsqueda de sensaciones, mientras las habilidades implicadas en la toma de decisiones y en la autorregulación, que son funciones ejecutivas, no maduran por completo hasta entrada la etapa adulta. Estas funciones ejecutivas descansan en la corteza cerebral prefrontal que va desarrollándose gradualmente a lo largo de toda la adolescencia (Tapia et al., 2013, 2016, 2017).

El desarrollo del sistema límbico puede acelerarse gracias a la secreción de hormonas sexuales y la maduración sexual propias de la pubertad. Así pues, los procesos emocionales gobernados por dicho sistema pueden desarrollarse antes y más rápidamente que los procesos cognitivos relacionados con la volición y el autocontrol cimentados en la corteza prefrontal. La evolución de la emotividad se evidencia a través de características temperamentales que se manifiestan antes de



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



la aparición del control voluntario.

Esta desincronización entre el desarrollo emocional (sistema límbico) y el de los procesos de autocontrol (corteza prefrontal) es un factor muy importante para explicar y entender la mayor susceptibilidad de los adolescentes para tener problemas y trastornos emocionales. La emotividad y la impulsividad van por delante de la capacidad de control racional (Guzmán et al, 2016; Fuentes y Rivera, 2016; Tapia et al., 2015, 2016, 2017).

Por otro lado, durante la adolescencia se produce, en la corteza prefrontal, una menor intervención de algunos neurotransmisores de carácter excitador e inhibidor junto con una presencia máxima de dopamina. Estos fenómenos incrementan el carácter reforzador, gratificante, de alcohol y drogas, con los consiguientes riesgos para quienes son consumidores (Toro, 2010).

2.3 El desarrollo físico psicológico y social del adolescente

2.3.1 Cambios físicos

Los cambios biológicos que señalan el fin de la niñez incluyen el crecimiento repentino del adolescente, el comienzo de la menstruación de las mujeres, la presencia de semen en la orina de los varones, la maduración de los órganos sexuales primarios (los que se relacionan directamente con la reproducción) y el desarrollo de las características sexuales secundarias (señales fisiológicas de la madurez sexual que no involucran en forma directa a los órganos reproductores).

La pubertad es el proceso que lleva a la madurez sexual, cuando una persona es capaz de reproducirse; algunas personas utilizan el término pubertad para indicar el fin de la maduración sexual y el de pubescencia para referirse al proceso. El momento de la pubertad tarda casi 4 años y comienza alrededor de 2 años antes que en las niñas que en los muchachos. En promedio, las niñas comienzan a mostrar el cambio de este período hacia los 9 o 10 años de edad y llegan a la madurez sexual hacia los 13 o 14 años. Sin embargo, las niñas normales pueden presentar las primeras señales a los 7 años o después de los 14 años, llegando a la



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA



madurez sexual a los 9 o 16 años. La edad promedio para que los chicos entre en la pubertad es a los 12 años, alcanzando su madurez sexual a los 14 años, sin embargo los niños normales pueden comenzar a manifestar sus cambios a los 9 o a los 16 años y llegan a la madurez a los 11 o 18 años. Los cambios físicos del adolescente siguen una secuencia que es mucho más consistente, que su aparición real, aunque este orden varíe en cierta forma de una persona a otra (Guzmán et al, 2016; Fuentes y Rivera, 2016; Tapia et al., 2015, 2016, 2017).

La pubertad comienza cuando, en algún comienzo determinado biológicamente, la glándula pituitaria de una persona joven envía un mensaje a las glándulas sexuales, las cuales empiezan a segregar hormonas. Este momento preciso está regulando aparentemente por la interacción de los genes, la salud del individuo y el ambiente; también puede relacionarse con un nivel de peso crítico. La pubertad entonces, se representa como respuesta a los cambios en el sistema hormonal del cuerpo, los cuales se activan ante una señal psicológica. Su respuesta en una niña es que en los ovarios empiezan a producir una gran cantidad de hormonas femeninas llamadas estrógenos, y en el muchacho los testículos comienzan la producción llamada andrógenos. Hacia los 7 años de edad los niveles de estas hormonas sexuales comienzan a aumentar, poniendo en movimiento los eventos que identifican la pubertad. El estrógeno estimula el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de los senos, mientras que los andrógenos estimulan el crecimiento de los genitales masculinos y el vello corporal.

Las hormonas están estrechamente relacionadas con las emociones, en especial con la agresión en los muchachos y la agresión y depresión en las niñas. Algunos investigadores atribuyen la creciente emocionalidad y cambio en el estado de ánimo de la adolescencia temprana a las hormonas, pero es necesario acordar que en los seres humanos la influencia social se combina con las hormonas y puede predominar. Aunque existe una relación bien establecida entre la producción de las hormonas testosterona y la sexualidad, los adolescentes comienzan la actividad sexual más de acuerdo con lo que sus amigos hacen que los que sus glándulas producen. A estos parámetros del comienzo de la pubertad le podemos agregar la



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



relación entre el estrés y la pubertad; pues la forma como el desarrollo físico, cognoscitivo y de la personalidad influye entre sí. Las niñas que discuten más con sus madres maduran más rápido físicamente que tienen relación más tranquila; es posible que un vínculo afectivo muy estrecho puede ser estresante y que ese estrés puede afectar las secreciones hormonales que rigen la pubertad (Guzmán *et al*, 2016; Tapia *et al.*, 2013, 2016, 2017).

Crecimiento en altura Durante el estirón puberal se produce un aumento de talla que representa alrededor del 25% de la talla adulta. El estirón dura entre 2 y 2,5 años y varía de unos individuos a otros, La velocidad de crecimiento puede variar entre 5 a 11 cm en chicas y 6 a 13 cm en chicos. El comienzo del estirón puberal en las chicas precede en aproximadamente 2 años a los varones, siendo el pico a los 12 años en los chicas y a los 14 en los muchachos. Alrededor de los 14 años las mujeres son más altas por término medio que sus compañeros varones pero, como también se detiene antes su crecimiento, los varones alcanzan una mayor altura final. Durante este tiempo las chicas crecen entre 20 a 23 cm y los chicos de 24 a 27 cm. (Tapia *et al.*, 2013, 2016 ; Hidalgo *et al.*, 2012).

2.3.1.1 Características sexuales primarias

Las características sexuales primarias son todas aquellas en el cual está la presencia de los órganos necesarios para la reproducción; como lo son:

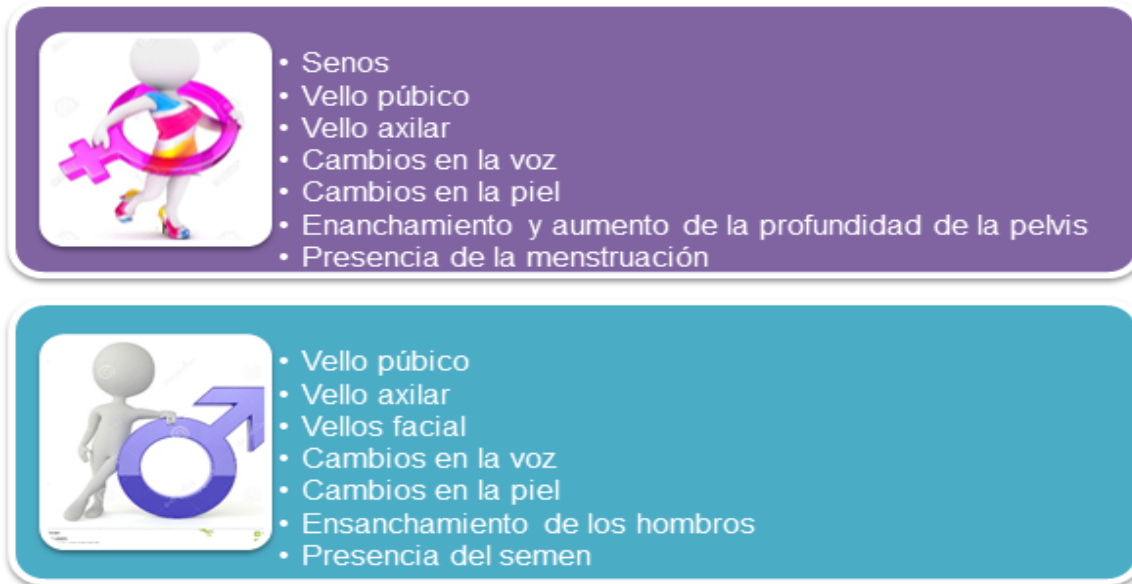


Fig. No. 13 Cambios Sexuales Primarios

El principal signo de la madurez sexual en las niñas es la menstruación, en los varones, la primera señal de la pubertad es el crecimiento de los testículos y escroto y el principal signo de madurez sexual es la presencia de semen en la orina, siendo éste fértil tan pronto exista la evidencia de esperma. A menudo en la pubertad los varones se despiertan con una mancha húmeda o seca durante su estadía en la cama: emisión nocturna o eyaculación involuntaria de semen que por lo regular se conoce como sueño húmedo.

2.3.1.2 Características sexuales secundarias

Las características sexuales secundarias son signos fisiológicos de la madurez sexual que no involucran directamente a los órganos reproductores. Incluye el crecimiento de los senos en las mujeres y el ensanchamiento de los hombros en el varón, etc. (Radick, Sherer, *et al.*, 2009)

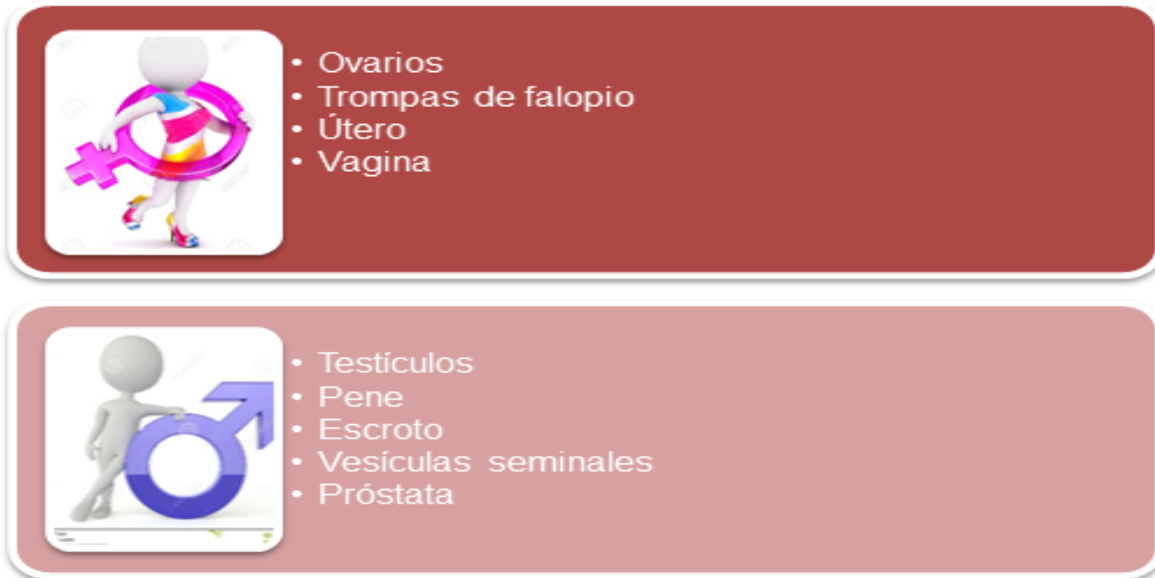


Fig. No. 14 Cambios sexuales secundarios

2.3.2 Cambios Psicológicos

Es sabido desde los trabajos de Piaget que durante la adolescencia se pasa del pensamiento concreto al abstracto con proyección de futuro, característico de la madurez. Sobre los 12 años se alcanza el desarrollo cognitivo con capacidad de pensar en abstracto, a los 15-16 el desarrollo moral, saber lo que está bien y mal.

Giedd (2004) demostró que hasta los 25-30 años no se alcanza el desarrollo completo de la corteza prefrontal, gracias a lo cual se adquiere la capacidad para discernir lo que conviene hacer (planificación, razonamiento y control de impulsos), la maduración definitiva. Esto explica la implicación del joven, hasta entonces, en conductas de riesgo. A diferencia del adulto, que tiene el lóbulo frontal totalmente desarrollado, un adolescente puede dejarse llevar por el primer impulso emocional de ira (amígdala) ante un compañero que le insulta y empezar una pelea, o comprometerse en conductas arriesgadas. Aparte del importante crecimiento y desarrollo, los objetivos psicosociales a conseguir son (Guzmán et al, 2016; Fuentes y Rivera, 2016; Tapia et al., 2015, 2016, 2017):

- a) *Adquirir independencia familiar.* Durante la adolescencia temprana existe



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



menor interés en actividades paternas y recelo para aceptar sus consejos; se produce un vacío emocional que puede crear problemas de comportamiento y disminución del rendimiento escolar. Búsqueda de otras personas para amar. El comportamiento y el humor son inestables. En la adolescencia media aumentan los conflictos con los padres y se dedican a los amigos. Al final de la adolescencia se integra con la familia y es capaz de apreciar sus consejos y valores. Algunos dudan en aceptar responsabilidades, tienen dificultad para conseguir independencia económica y continúan dependiendo de su familia.

- b) *Tomar conciencia de la imagen corporal y aceptación del cuerpo.* En la fase temprana, por los cambios puberales, hay una gran inseguridad sobre sí mismo (extraños dentro del cuerpo), preocupación por su apariencia y su continua pregunta: ¿soy normal? Se comparan con otros y existe creciente interés sobre la anatomía y la fisiología sexual. Durante la fase media, va aceptando el cuerpo, intentando hacerlo más atractivo. Pueden aparecer trastornos alimentarios. En la adolescencia tardía, se han completado el crecimiento y desarrollo puberal, se aceptan los cambios. La imagen solo preocupa si hay anomalías.
- c) *Relación con amigos, se establecen las parejas.* En la fase temprana existe gran interés por amigos del propio sexo, adquiriendo gran influencia sus opiniones y relegando a los padres. Puede suponer un estímulo positivo (deporte, lectura) o negativo (alcohol, drogas). Sensaciones de ternura hacia sus iguales, y puede conducirles a miedos y relaciones homosexuales. En la adolescencia media es poderoso el papel de los amigos, la intensa integración en la subcultura de estos, la conformidad con valores, reglas y forma de vestir, separándose más de la familia (piercing, tatuajes, conductas). Integración creciente en relaciones heterosexuales y en clubes. En la fase tardía, el grupo pierde interés, hay menos exploración y experimentación y se establecen relaciones íntimas (parejas).
- d) *Identidad.* En la fase precoz, empieza a mejorar la capacidad cognitiva:



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



evolución del pensamiento concreto al pensamiento abstracto flexible, con creciente autointerés y fantasías. Se establecen objetivos vocacionales irreales (estrella del rock, piloto...), mayor necesidad de intimidad (diario), emergen sentimientos sexuales, existe falta de control de impulsos que puede derivar en desafío a la autoridad y comportamiento arriesgado. En la fase media, hay mayor capacidad intelectual, creatividad, sentimientos y empatía. Aparecen los sentimientos de omnipotencia e inmortalidad que pueden llevarle a conductas arriesgadas (accidentes, drogadicción, embarazos, infecciones). En la adolescencia tardía, el pensamiento ya es abstracto con proyección de futuro, se establecen los objetivos vocacionales prácticos y realistas. Se delimitan los valores morales, religiosos y sexuales, estableciendo la capacidad para comprometerse y establecer límites.

2.3.3 Teorías Psicosociales

2.3.3.1 Teoría Psicogenética de Piaget

Piaget propone un paradigma que mantiene preferencia por la investigación focalizada en el desarrollo humano, sólo entendible como síntesis producida por la confluencia de la maduración orgánica y la historia individual. Comienza con un ser individual que progresivamente se convierte en social, pero su énfasis se centra en el micro nivel, es decir, del contacto con otras personas de su entorno, (Tudge, Winterhoff, 1993). En este paradigma, el desarrollo está regido por la consolidación de estructuras mentales representativas del conocimiento, reguladas por los fundamentos biológicos del desarrollo, así como por el impacto de los factores de maduración. Estas estructuras, las cuales organizó en categorías denominadas sensorio motrices, pre-operacionales, concretas y abstractas, dependen de un ambiente social apropiado e indispensable para que las potencialidades del sistema nervioso se desarrollen (Piaget, 1958). Postuló que cada acto inteligente está caracterizado por el equilibrio entre dos tendencias polares, asimilación y acomodación. En la asimilación, el sujeto incorpora eventos, objetos, o situaciones



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



dentro de las formas de pensamiento existentes, lo cual constituye estructuras mentales organizadas. En la acomodación, las estructuras mentales existentes se reorganizan para incorporar aspectos nuevos del mundo exterior y durante este acto de inteligencia el sujeto se adapta a los requerimientos de la vida real, pero al mismo tiempo mantiene una dinámica constante en las estructuras mentales (Vielma, 2000; Nicolopoulou, 1993; Piaget, 1970).

Demostró, con su metodología genética desarrollada para estudiar al niño, que el desarrollo se mueve desde lo individual a lo social; razón por la cual tomó al individuo como la unidad de análisis, considerando la influencia social como sobrepuesta a la actividad individual, una vez que el sujeto es capaz de adoptar la perspectiva de otra persona.

Comparó las formas como los niños adquieren el conocimiento con las estrategias que uso el científico, postuló que éstos actúan como científicos, trabajando constantemente con experiencias físicas, lógicas y matemáticas, para darle sentido a la realidad que les rodea. Intentó explicar cómo los niños empiezan a conocer su mundo en el curso de sus propias acciones y de su interrelación con éstas, así el contenido de la inteligencia proviene de afuera y la organización de ésta es sólo consecuencia del lenguaje y los instrumentos simbólicos (Piaget, 1970). A pesar de que inicialmente creyó que el conflicto cognitivo era la única fuente de desequilibrio, en la década de los 70 alteró su teoría radicalmente para hacerla más funcional y permitir otras fuentes de desequilibrio. Es por esta razón que a partir de este momento se destaca en su trabajo y en el de sus colaboradores la importancia del factor social en el desarrollo (Tudge, Winterhoff, 1993).

Estas concepciones lo condujeron a conceptualizar el desarrollo partiendo de estadios elementales y su correspondiente progresión a los siguientes estadios superiores, evolución que explicó a través de la interacción de los factores siguientes: la herencia genética, la interacción con el ambiente físico, la mediación sociocultural y los procesos de equilibración; estos últimos le dan carácter endógeno al desarrollo (Vielma, 2000; Villarine, 1998).



Establece los siguientes periodos en el desarrollo evolutivo:

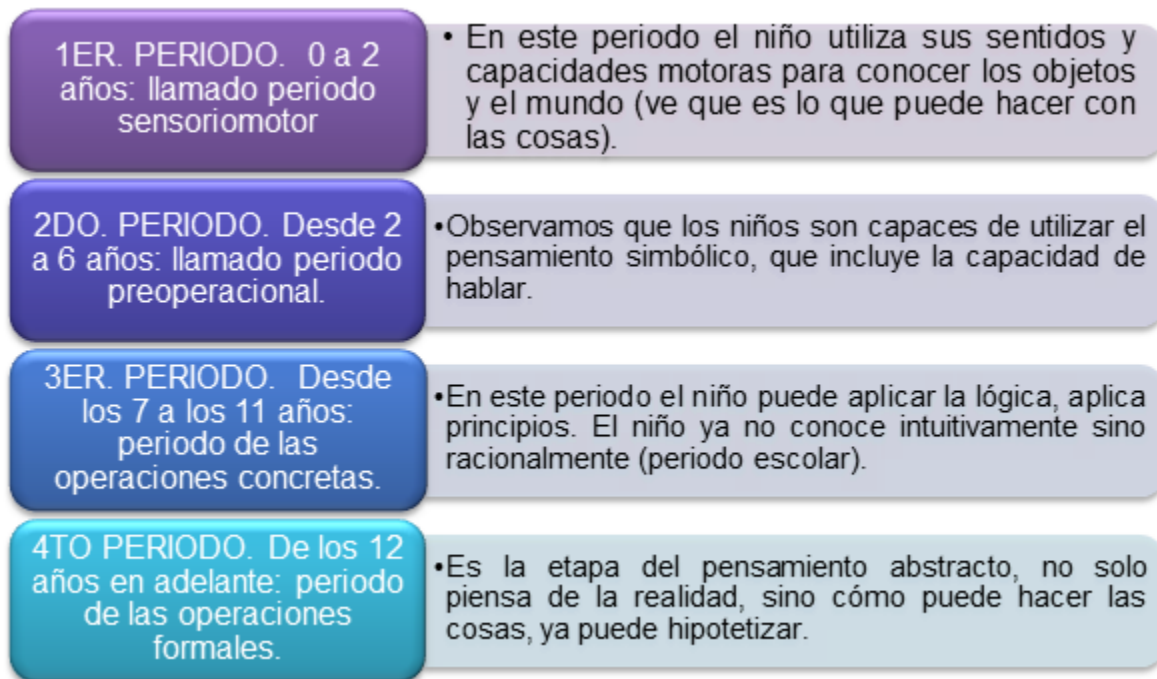


Fig. No. 15 Desarrollo evolutivo del adolescente

2.3.3.2 Teoría psicosocial de Erickson

Erikson re-interpretó las fases psicosexuales elaboradas por Freud (1987) y enfatizó, según Engler (1996) los aspectos sociales de cada una de ellas en cuatro aspectos principales:

- Incrementó el entendimiento del 'yo' como una fuerza intensa, vital y positiva, como una capacidad organizadora del individuo con poder de reconciliar las fuerzas sintónicas y las distónicas, así como de solucionar las crisis que surgen del contexto genético, cultural e histórico de cada individuo.
- Explícita profundamente las etapas de desarrollo psicosexual de Freud, integrando la dimensión social y el desarrollo psicosocial.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



- c) Extendió el concepto de desarrollo de la personalidad para el ciclo completo de la vida, de la infancia a la vejez.
- d) Exploró el impacto de la cultura, de la sociedad y de la historia en el desarrollo de la personalidad, intentando ilustrar este estudio como una presentación de historias de personas importantes.

Basado en la experiencia humana y en los estudios antropológicos, Erikson (1998) dice que la existencia de un ser humano depende, en todos los momentos, de tres procesos de organización complementarios:

- a) El proceso biológico: que envuelve la organización jerárquica de los sistemas biológicos, orgánicos y el desarrollo fisiológico – *el soma*.
- b) El proceso psíquico: que envuelve las experiencias individuales en síntesis del ‘yo’, los procesos psíquicos y la experiencia personal y relacional – *la psique*
- c) El proceso ético-social: que envuelve la organización cultural, ética y espiritual de las personas y de la sociedad, expresada en principios y valores de orden social – *el ethos*.

2.3.3.2.1. Estadio psicosocial

La perspectiva de Erikson (1998) fue organizar una visión del desarrollo del ciclo completo de la vida de la persona humana, extendiéndose en el tiempo, de la infancia a la vejez, y en los contenidos, el psicosexual y el psicosocial-, organizados en ocho estadios. Cada estadio integra el nivel somático, psíquico y ético-social y el principio epigenético; comprende un conjunto integrado de estructuras operacionales que constituyen los procesos psicosexuales y psicosociales de una persona en un momento dado.



ESTADÍO	A ESTADÍOS Y MODOS PSICOSEXUALES	B CRISIS PSICOSOCIALES SINTÓNICA Y DISTÓNICA	C RELACIONES SOCIALES SIGNIFICATIVAS	D FUERZAS BÁSICAS VIRTUDES Y FUERZAS SINCRÓNICAS
I. INFANTE (1 AÑO)	SENSORIO MOTOR- ORAL- RESPIRATORIO	CONFIANZA Y DESCONFIANZA BÁSICA	PERSONA MATERNA Díada	ESPERANZA “Yo soy la esperanza de tener y dar”
II. INFANCIA (2 A 3 AÑOS)	MUSCULAR- ANAL ENTRENAMIENT O HIGIENICO	AUTONOMIA Y VERGÜENZA Y DUDA	PADRES	VOLUNTAD “Yo soy lo que puedo querer libremente”
III. PREESCOLAR EDAD DEL JUEGO (3 A 5 AÑOS)	INFANTIL Genital-locomotor. Aprendizaje sexual	INICIATIVA, CULPA Y MIEDOS	FAMILIA BÁSICA Triada	PROPÓSITO “Yo soy lo que puedo imaginar que seré”
IV. EDAD ESCOLAR (6 A 12 AÑOS)	LATENCIA	LABORIOSIDAD Y INFERIORIDAD	VECINDARIO Y ESCUELA	COMPETENCIA “Yo soy lo que puedo aprender para realizar en el trabajo.”



ESTADÍO	A ESTADÍOS Y MODOS PSICOSEXUALES	B CRISIS PSICOSOCIALES SINTÓNICA Y DISTÓNICA	C RELACIONES SOCIALES SIGNIFICATIVAS	D FUERZAS BÁSICAS VIRTUDES Y FUERZAS SINCRÓNICAS
---------	---	--	---	---

V. ADOLESCENCIA (12 A 20 AÑOS)	PUBERTAD	IDENTIDAD Y CONFUSIÓN DE IDENTIDAD	GRUPO DE IGUALES Y otros grupos de modelo de liderazgo	FIDELIDAD-FE "Yo soy lo que puedo creer fielmente"
VI. ADULTO JOVEN (20 A 30 AÑOS)	GENITALIDAD	INTIMIDAD Y AISLAMIENTO	COMPAÑEROS De amor y trabajo. Competencias cooperación	AMOR "Nosotros somos lo que amamos"
VII. ADULTO (30 A 50 AÑOS)	PRODUCTIVIDAD	GENERATIVIDAD Y ESTANCAMIENTO	TRABAJO DIVIDIDO Familia y hogar compartidos	CUIDADO Y CELO Caridad: "Yo soy lo que cuido y celo"
VIII. VIEJO (Después de los 50 años)	GENERALIZACIÓN de los modos sensoriales	INTEGRIDAD Y DESESPERANZA	GENERO HUMANO "Mi género"	SABIDURIA "Yo soy lo que sobrevive en mí"

Fig. No. 16 Ciclo de vida completo (Erickson, 1998)



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



2.3.3.3 Teoría sociocultural de Vigotsky

Vigotsky propone un paradigma que mantiene preferencia por la investigación focalizada en el desarrollo humano, sólo entendible como la síntesis producida por la confluencia de la maduración orgánica y la historia cultural. En sus propios términos expresa “*el proceso de desarrollo cultural puede definirse en cuanto a su contenido, como el desarrollo de la personalidad del niño y de la concepción del mundo*” (Vielma, 2000; Vygotsky, 1983). La discusión se focalizará en el origen social y la naturaleza social de las funciones superiores de la mente en conjunción con la cultura. El funcionamiento mental de un individuo solamente puede ser entendido examinando los procesos sociales y culturales en los cuales éste está insertado (Westrich, Tubiste, 1982). Dentro de un proceso general de desarrollo existen dos líneas diferentes, los procesos elementales, los cuales son de origen biológico y las funciones psicológicas superiores de origen sociocultural (Vielma, 2000; Vygotsky, 1978).

Según estas teorías, todos los niños van a adquirir las habilidades y los conocimientos propios de su medio cultural. Su crecimiento está mediatizado por la cultura en la que nace y vive. La teoría sociocultural lo que intenta explicar es que tanto nuestro conocimiento como nuestras habilidades se van a explicar en base al apoyo, a la orientación que facilite el contexto cultural. Los adultos van a aportar a los niños habilidades prácticas, sociales y habilidades de tipo intelectual y cognitivo. Su énfasis se centró en argumentar que los factores genéticos juegan un rol menor en la génesis del desarrollo, mientras que los factores sociales son absolutamente determinantes. Así, es contundente al postular que el desarrollo es un *proceso social* que se inicia a partir del nacimiento y es asistido por adultos u otros agentes considerados más competentes en cuanto al manejo del lenguaje, habilidades y tecnologías disponibles en ese espacio cultural.

El desarrollo del sujeto va, pues, ligado al desarrollo de la sociedad. Vemos, pues que remarca el factor social. Si este factor es tan importante supone que la



educación es fundamental en el desarrollo. Para Vygotsky desarrollo y educación son dos procesos interrelacionados, no pueden ser interdependientes (Vielma, 2000; Vigotsky, 1978).

2.3.3.3.1 Etapas de desarrollo

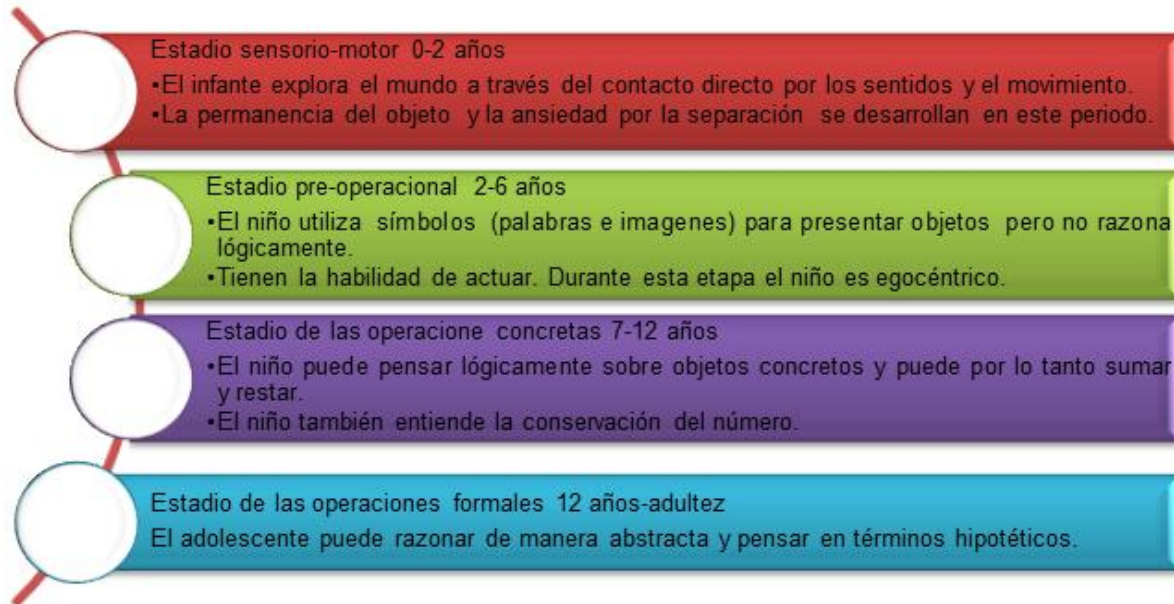


Fig. No. 17 Etapas del desarrollo según Vygotsky.

2.3.3.3.2 Cambios sociales

En el ámbito del desarrollo social, se inicia la movilización hacia afuera de la familia. Aumenta el deseo de la independencia del joven y disminuye su interés por las actividades familiares. El adolescente empieza a poner en prueba la autoridad, evidencia más resistencia a los límites (¿Por qué me quieren ir a buscar a la fiesta a las 12? ¡A todo el mundo lo dejan hasta la una!), a la supervivencia y aceptar consejos o tolerar críticas de parte de los padres. Se muestra insolente ocasionalmente y adquiere más conciencia de que los padres no son perfectos. Todo ello causa cierta tensión con estos. Sin embargo el joven continúa dependiendo de la familia con fuente de estructura y apoyo, entre otras cosas. El grupo de pares adquiere mayor importancia y el adolescente se hace más



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



dependiente de las amistades como fuente de bienestar. El involucramiento con los pares se caracteriza por el contacto principalmente con aquellos del mismo sexo y la aparición de la necesidad de amistades exclusivas –mejor (es) amigo (s)-, con quienes divertirse y compartir secretos. Estas son idealizadas con frecuencia y pueden volverse intensas, generando fuertes sentimientos de cariño hacia determinados pares, que pueden incluso llevar a dudas, temores, exploración y/o relaciones sexuales. Debe destacarse que en esta etapa existe una importante susceptibilidad a la presión de los pares.

Por otra parte el involucramiento del adolescente en la subcultura de pares es intenso (alcanza su máximo). No existe otra etapa en la que el grupo de pares se más poderoso e influyente. El joven adopta la vestimenta, la conducta y los códigos y los valores en su grupo de pares (mi hija siente que tiene que hacer exactamente lo mismo que sus amigas), en un intento de separarse más de la familia y encontrar su propia identidad. La presión de los pares puede influir tanto en forma positiva – motivándolo a destacar en lo académico, deportivo, a postergar el inicio de relaciones sexuales, etc.-, como negativa, favoreciendo por ejemplo que se involucre en conductas de riesgo. Las amistades y los grupos pasan a ser de ambos sexos, y frecuentemente se establecen relaciones de pareja. Las parejas desempeñan un rol progresivamente mayor a medida que avanza la adolescencia, sin embargo, las relaciones de amistad siguen siendo extremadamente importantes, ofreciendo compañía, un contexto para la apertura íntima y la satisfacción de otras necesidades.

A la vez, durante la adolescencia media la joven lucha para emanciparse de su familia. Muestra un franco menor interés por sus padres, volcando su motivación y tiempo libre principalmente hacia sus pares y a actividades fuera del hogar (*pasa todo el tiempo con los amigos. ¡No lo vemos nunca!*) o a estar solo. Es esperable que en esta etapa el adolescente desafíe los valores y la autoridad de los padres (*¡Es mi vida! ¡Puedo ir a donde yo quiera y con quien quiera!*) y ponga a prueba sus límites. Esta es una parte necesaria el proceso de crecer, pues para alcanzar la



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA



madurez, debe separa su propia identidad de su familia y avanzar en el desarrollo de su autonomía. El joven necesita demostrarse a sí mismo que es capaz de trazar su propio camino de la vida y que no necesita de las opiniones ni de las directrices de sus padres. Busca activamente juicios y valores propios, sin aceptar ya automáticamente los de ellos. Magnifica los errores y contradicciones de estos para facilitar su proceso de desapego, llegando a descalificarlos con frecuencia. Como consecuencia de todo lo anterior y de la reacción de los padres a estos cambios, los conflictos padres-hijos alcanzan su máximo en este período (Tapia et al., 2015, 2016, 2017).

2.4 Adolescencia normal desde el punto de vista psicológico

Es por todos sabido que en la pubertad suceden una serie de cambios, cuantitativos y cualitativos, que afectan en todas las áreas del individuo biológicos, psicológicos y social, y que con todo ello sucede, y que esto sería lo más importante, en un plazo de tiempo recortado y relativamente breve (Ajuriaguerra, 1982). En este espacio de tiempo, el niño rompe con unas referencias corporales unas imágenes establecidas, internas y externas, que forman parte de su identidad y unas dependencias que le suministren seguridad y conocimientos (Aberastury, 1980). La irrupción de la pulsión sexual, el inicio de los cambios morfológicos, la presencia de caracteres sexuales secundarios, le lleva a la búsqueda de nuevas relaciones y conocimientos, que contengan la ansiedad de lo desconocido y que le faciliten lo antes posible de conseguir los objetivos pulsionales, afectivos e intelectuales, imprescindibles para sentirse seguro de sí mismo (Kaplan, 1986). Cuanto mayor es la ansiedad, mayor es el interés de encontrar rápidamente el objetivo o referencia que restituya la seguridad; ahí estaría el peligro de las idealizaciones (amores imposibles, creencias, fanatismos, idolatría, etc.) (Guzmán et al, 2016; Fuentes y Rivera, 2016; Tapia et al., 2015, 2016, 2017).

En ciertas situaciones, las ansiedades que se despiertan, se intensifican y el adolescente se puede refugiar en su lado infantil o regresar a etapas anteriores de su evolución. Por ejemplo, los temores de tener cuerpo deforme o un desarrollo



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



insuficiente les puede llevar a desentenderse de su crecimiento y dar a su cuerpo el mismo trato de desinterés que le venía dado hasta entonces.

Este funcionamiento puede darse en cualquier momento de su desarrollo: unas tendencias regresivas que le instalan en el pasado negando la demanda del presente hacia el futuro (Erikson, 1971) usando mecanismo omnipotentes de carácter narcisista, o de dominio y control del objeto, y por tanto de negación de toda necesidad y dependencia haciendo una huida hacia adelante.

De las tendencias regresivas, es importante diferenciar dos modalidades vistas en la clínica: unas, donde el cuadro regresivo tiene un carácter de espera, sin renunciar al futuro ni al progreso, sino como una parada, refugiándose en los logros y resultados infantiles y cogiendo fuerzas para dar el siguiente paso; y otros cuadros regresivos en los que predomina la negación del futuro, existe una idealización de mecanismo infantiles, con ausencia del reconocimiento del estancamiento como sería, por ejemplo, el enganche a la *playstation*, evitando relaciones sociales.

El adolescente sigue siendo un niño y, por tanto, tiene respuestas y conductas de niño. Naturalmente, sus expresiones infantiles serán más frecuentes en los ambientes conocidos, familiar o escolar, que en los nuevos o desconocidos. Es decir, puede ser un niño en casa o en la escuela y adulto en un grupo de iguales, o sostener unas ideas sin estar haciendo “como si”. Es el típico chico o chica que puede viajar en un transporte público, pero el billete se lo han de ir a comprar los padres porque eso es demasiado estresante para él. Los adultos también estamos constantemente amenazados por la regresión como evitación de la ansiedad que despierta lo nuevo, pero la experiencia y la posibilidad de pedir ayuda nos puede permitir salir adelante. En la adolescencia la propuesta regresiva a veces adquiere un carácter irreversible de tal magnitud, que moviliza ansiedades catastróficas, “perder el tren de la vida”. Para defenderse tienden a proyectar las tendencias regresivas en el exterior y así se convierte la situación claustrofóbica en persecutoria: son los otros los que no le ayudan, los otros no le dejan, le obligan, le cierran salidas, etc. (Fuentes y Rivera, 2016; Tapia et al., 2013, 2016, 2017).



Hablar de haber perdido el tren, pero poderlo enganchar en otra parada es una situación que requiere ayuda desde la escuela y desde casa; organizar un equipo para que le traigan los trabajos y le permiten poco a poco incorporarse al grupo escolar. Muchos de los conflictos cotidianos de horarios, salidas y viajes tienen este origen, se proyecta en el mundo del adulto la desconfianza y el miedo, se acusa al mundo exterior de impedir el desarrollo y las ansiedades claustrofóbicas son atribuidas al control externo.

2.5 Indicadores de buen funcionamiento

Tenemos tres elementos que nos ayudan a detectar si un adolescente está funcionando bien, si está viviendo la situación de crisis y sus cambios adecuadamente:



Fig. No. 18 Indicadores del buen funcionamiento.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



2.5.1 Necesidad de verificarse

Una cuestión básica para el adolescente es la adquisición de experiencias, los estrenos, los ritos de iniciación: tiene que “probar”. Esto significa hacer la experiencia por sí mismo, del primer cigarrillo, el primer porro, la primera raya..., según el momento social y el grupo de pertenencia. También de flirtear con conductas que sus padres no aceptan, con aquello que significa riesgo, que inquieta y que a veces provoca reacciones incluso exageradas en su familia. Aquí empiezan los problemas con el entorno. Según como se desarrolle esa dialéctica, se lo va a comprender y apoyar, o todo lo contrario. Para el entorno no es fácil, ya que se necesita ser permisivo - permitir al adolescente su propia experiencia- y también saber poner límites. A veces la ansiedad de los padres, su temor, los lleva a poner límites, normas, limitadores, infantilización (Fuentes y Rivera, 2016; Tapia et al., 2013, 2016,).

2.5.2 La intimidad

La necesidad de buscar una identidad, de separarse de las dependencias infantiles, de individualización, de tener vida propia, elaborar opiniones, hace que el adolescente comience a tener una necesidad imperiosa de intimidad, no solo mental, sino de su vida y sus cosas. Así no solamente no explica en qué piensa, ni a dónde ni con quién va, sino tampoco soporta que se entre en su habitación, se toque sus cosas, y por supuesto aún menos que se abran sus mensajes... Cuando el entorno, los padres, soportan mal esta intimidad las emociones se detonan y se comienza con actitudes de sospecha, secretos, registros, invasiones, interrogatorios, etc., con lo que la dinámica de la relación va llenándose de incomunicación y rechazo mutuo, con toda la tensión, irritación y sufrimiento que esta situación comporta (Tapia et al., 2013, 2016, 2017; Torres, 2012)



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



2.5.3 La incorporación a un grupo

Una cosa son los grupos de siempre, del barrio, de la infancia, del pueblo, otros, los que vienen dados por las instituciones a las que pertenecen (instituto, deportes...) y una tercera muy importante en la adolescencia, son los grupos espontáneos. Es en los grupos heterogéneos, mixtos, donde aparecen los primeros amores, las amistades íntimas. La posibilidad en realizarse e incorporarse a esta experiencia es básica, porque en estos grupos se intercambia un importante juego de roles, de proyecciones e identificaciones que son imprescindibles en la configuración de su identidad. Pensemos que el adolescente es un “personaje en busca de su identidad” por lo que en sus relaciones grupales son esenciales para vivir rivalidades, solidaridad y valores tan apreciados como la lealtad, justicia, sacrificio, y generosidad. Una de las contradicciones del adolescente es que puede vivir todos estos valores maduros en su grupo de iguales y vivir en su grupo familiar justo lo contrario: ser egoísta, déspota, mentiroso, tramposo.

También sin duda, los grupos comportan riesgos al vivir experiencias con drogas, el alcohol, la sexualidad, la velocidad con el coche o la moto, etc., son atractivos que pueden ser vividos no solamente como una prueba de iniciación, sino facilitar satisfacciones inmediatas, adictivas, en las que el adolescente puede quedar atrapado (Guzmán et al, 2016; Fuentes y Rivera, 2016; Tapia et al., 2015, 2016, 2017; Torres, 2012)



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



CAPÍTULO III

SALUD MENTAL EN EL ADOLESCENTE

3.1 Concepto de salud mental

En 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”.

Desde 1948, la OMS considera que, dentro del contexto de la promoción de la salud, esta última es no sólo un estado abstracto, sino un medio para llegar a un fin, un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. Estima que es un recurso para la vida diaria y no el objetivo de la vida, es decir, que el ser humano no basa su existencia en buscar la salud sino que ésta debería ser parte de su vida y compañera para el logro de las metas individuales.

De este modo, la Salud Mental resulta ser más que la ausencia de enfermedad, siendo descrita por la OMS como un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo del individuo y la comunidad. Este concepto medular de salud mental es consistente con su interpretación amplia y variada, en las diferentes culturas (OMS, 2013).

Al igual que la salud y la enfermedad en general, la salud y enfermedad específicamente mentales se determinan por muchos factores que interactúan entre sí, como lo social, lo psicológico y lo biológico; un ejemplo del aspecto social es el riesgo de enfermedades mentales asociadas a la pobreza (hacinamiento, educación limitada, estrés en el trabajo, bajo ingreso, inseguridad y desesperanza). Otro factor es la conducta del individuo asociada al abuso de sustancias, así como a la violencia



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



en general, de género o infantil. Las enfermedades físicas agudas y crónicas también influyen, junto con la pobreza, a problemas de salud mental que incluyen depresión, ansiedad, etcétera (Tapia *et al.*, 2017).

3.2 Salud mental: Generalidades del problema

Previo al abordaje de la salud mental, es necesario comprender que ésta reside en un sin número de elementos, por lo cual, su estudio puede analizarse a partir de diferentes posturas, desde un modelo biológico hasta su persuasión como un fenómeno complejo y multidimensional de la sociología, no obstante, al objeto de estudio o a la raíz de sus explicaciones, la necesidad de integrarse como factor determinante del bienestar integral de un individuo es ineludible, sin embargo, de acuerdo a la finalidad del presente estudio, se expone un contexto principalmente social.

El interés en salud mental, en parte comenzó, con la teoría de la transición epidemiológica que explica los cambios en los patrones de salud y enfermedad (González y Constantino, 2009), generando atención en los resultados de las tasas de discapacidad y prevalencia a nivel mundial, encontrando que los trastornos mentales y del comportamiento son de los principales padecimientos con el 7.4% de la carga de la enfermedad en términos de vida ajustada por discapacidad.

El estudio *The Global Burden of Disease* (2010) reportó que 700 millones de personas padecían un trastorno mental, de los cuales, la depresión es la causa más importante de discapacidad junto con la ansiedad en todas las regiones.

Sin embargo, Patel y Saxena (2014) refiere que estos datos podrían subestimar la carga de la enfermedad real, porque no se considera dentro de los resultados, los efectos con otras condiciones prioritarias de salud como la depresión materna y que las tendencias de morbilidad de los trastornos mentales indican un incremento proporcional que continuará ascendiendo, por lo tanto, existe una necesidad sobre trascender en el campo de la salud mental.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



Parte de ésta transición en torno a la salud mental, se refiere a explicar que el reconocimiento de los trastornos mentales no es una condición exclusiva del profesional sanitario, ni reciente; en otras palabras, un elemento fundamental que debe investigarse para entender y atender la salud mental es la forma en que los diversos actores (pacientes, familiares, tomadores de decisiones, prestadores de servicios, etc.) construyen los saberes en torno al proceso de salud-enfermedad mental y cómo estos saberes se entretajan en los servicios de salud, dando paso al derecho de toda persona a la salud mental y un trato digno (Tapia *et al*, 2017).

Del mismo modo, el impacto de los trastornos mentales no deriva únicamente de las tasas de discapacidad, aspectos neurobiológicos o de las percepciones hacia la enfermedad. Sino también, a los principales factores de riesgo que incrementan la posibilidad de presentar un trastorno, dentro de estos factores, se ha reportado que los determinantes sociales juegan un papel importante en términos de salud mental (Tapia *et al*, 2017).

La evidencia internacional refiere que existen condiciones que aumentan el riesgo de alterar el estado mental de las personas, la exposición a estas condiciones incurren durante todo el ciclo vital, incidiendo en aspectos tanto biológicos como psicosociales, por ejemplo, la pobreza e inequidad generan mayor estrés, exclusión social, desnutrición, riesgos obstétricos, falta de oportunidades y violencia (Lund *et al.*, 2014).

Oliveira-Machado, Rocha, Pizzinato y Cé (2013) exponen la importancia de los determinantes económicos, políticos, sociales y ambientales. A través de un estudio cualitativo realizado en Porto Alegre (Brasil), describieron la percepción de usuarios y profesionales de los servicios de salud, encontrando que el poder adquisitivo juega un papel fundamental en el nivel de salud de la población; por ejemplo si no se cuenta con los recursos económicos suficientes no se puede tener una alimentación adecuada; del mismo modo, la falta de recursos económicos influye en la salud de toda la comunidad; es decir, la pobreza es un determinante para el bienestar social e individual.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



La importancia de los determinantes sociales además de asociarse a las condiciones y calidad de vida de la persona, reside en la equidad para la atención, para recibir información, apoyos, circunstancias desfavorables contribuyen a la desigualdad porque influye en la distribución y fomento de la salud, en otras palabras, la exposición a este tipo de condiciones como la pobreza y la desinformación genera menor disponibilidad de servicios, barreras que dificultan la adopción de conductas saludables y en consecuencia incrementan el riesgo de desarrollar un trastorno mental (Tapia *et al*, 2017; Blas, Sivasankara, 2010).

En relación a lo anterior, la OMS (2004) refiere que se genera un ciclo de reproducción pobreza - enfermedad mental - pobreza, tanto la pobreza es un factor de riesgo para desarrollar un trastorno mental por la situación vulnerable que genera, como, la relación inversa cuando una persona padece un trastorno mental, el riesgo de encontrarse en una situación de pobreza incrementa por un entorno semejante con menores oportunidades para el desarrollo tanto individual como social.

Además, de acuerdo con la OMS y la Organización Panamericana de Salud (OPS), otro factor importante es la desnutrición, porque se asocia a problemas de tipo cognitivo como de discapacidad, y en conjunto con otros elementos psicosociales como el abuso de alcohol, uso de sustancias psicoactivas, situaciones de violencia, guerra, desastres naturales, exclusión social, violación de derechos humanos, no implican necesariamente el desarrollo de un trastorno, pero sí incrementan el riesgo de morbilidad en salud mental.



Fig. No. 19 Pobreza relacionado con trastornos mentales

Por consiguiente, este contexto general sobre el impacto de los trastornos mentales ha originado que se reconozca como un problema de salud pública, pero desafortunadamente su estudio, como se ha presentado, comprende un periodo reciente a diferencia de otras enfermedades, lo cual, ha dificultado su integración dentro de los sistemas sanitarios. Esta integración se ha abordado por diferentes sectores a través de diversos programas de acción, se han abierto nuevas perspectivas y organizaciones públicas, se han propuesto múltiples modelos o estrategias para poder iniciar las acciones direccionadas al fomento de la salud mental (Tapia *et al*, 2017).

Patel *et al*. (2013) presentan un conjunto de intervenciones para romper el ciclo abordando las vulnerabilidades a nivel individual y poblacional, haciendo hincapié que los sistemas de salud son un factor fundamental para satisfacer dichas necesidades. Por ejemplo, en términos de carácter social y económico, es fundamental informar a la población para cambiar las creencias negativas sobre los

trastornos mentales, fortalecer el mecanismo de los sistemas de salud, realizar un seguimiento longitudinal de la población y establecer que el objetivo principal debe ser la promoción.

En otras palabras, las medidas de acción para disminuir el impacto de los trastornos mentales, requiere del fortalecimiento de poblaciones en riesgo, grupos vulnerables y la orientación dirigida a la autoeficacia, habilidades emocionales y sociales, junto con el apoyo de redes sociales para alentar hábitos y/o conductas saludables con énfasis en la promoción y prevención (Tapia *et al*, 2017; Jenkins, Baingana, *et al.*, 2014)

Asimismo, Hooper (2014) describe que los profesionales de salud requieren comprender que se enfrentan diariamente a síntomas de trastornos comunes como la depresión y ansiedad, por lo cual, también es necesario considerar programas educativos que capaciten al personal de todas los niveles de atención; infiriendo que el proceso debe ser integrado y coordinado por equipos multidisciplinarios (Tapia *et al*, 2017; Vogel, Malcore, *et al.*, 2014)





**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



Fig. No. 20 Ansiedad y Depresión

Con respecto a Latinoamérica, la OMS reportó para el 2013 que los principales países que incluyeron programas para la atención de la salud mental en el primer nivel, se encuentran Brasil, Argentina y Chile (Funk, Ivbijaro, 2013). Sin embargo en México esta integración se encuentra en desarrollo y aún requiere una reestructuración de nuevos modelos en los sistemas sanitarios, pues a pesar de la existencia de política, la atención de la salud mental aún se encuentra centralizada en los hospitales psiquiátricos, de tal manera que es insuficiente para cubrir las necesidades de la población y únicamente un 30% de los centros de atención primaria cuentan con protocolos para la evaluación y tratamiento de salud mental, donde menos del 15% del personal es capacitado en el tema, a pesar de las políticas existentes. (Berenzon, Saavedra, *et al.*, 2013)

Con lo anterior, es ineludible negar la necesidad de integrar acciones en el tema desde atención primaria, pero para analizar las diferentes estrategias disponibles para atender las necesidades psicosociales junto con los trastornos emocionales y mentales en México, en el siguiente apartado se revisará el marco específico de la salud mental que le concierne a nuestro país para abordar adecuadamente las dimensiones del problema.

3.3 México: dimensiones del problema

En México, el tema de los trastornos mentales ha tomado importancia dentro del campo de la salud de la misma forma que en otras naciones por las tasas de discapacidad y prevalencia, conjuntamente con la transición epidemiológica, en la cual existe una notoria disminución de enfermedades infecto-contagiosas pero un incremento de enfermedades crónico degenerativas, en las cuales se sitúa el grupo de los trastornos mentales (González *et al.*, 2014), representando junto con padecimientos musculoesqueléticos el 18% de la carga de la enfermedad (Lozano *et al.*, 2013).

Asimismo junto con las enfermedades crónico degenerativas existen padecimientos como el cáncer o VIH que también incrementan el riesgo para cursar cuadros depresivos, el cáncer era considerado como una enfermedad que afectaba a personas de edad avanzada, pero actualmente, los tumores malignos constituyen la segunda causa de muerte en mujeres entre 15 a 29 años y la primera en mujeres entre 30 a 59 años (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], 2014), por consiguiente, una parte importante de la población se encuentra en riesgo de desarrollar un trastorno mental.



Fig. No. 21 Trastornos mentales ocasionados por enfermedades terminales

Por otro lado, otra parte del riesgo para desarrollar un trastorno se encuentra distribuido en población con problemas relacionados al consumo de sustancias (Tapia *et al*, 2017). La Encuesta Nacional de Adicciones (2013) reportó que el



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



abuso/dependencia de alcohol incrementó en hombres 0.4% y 1.7% en mujeres en el periodo del 2008 al 2014.

En cuanto a trastorno mentales y neurológicos, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica reporta que 6 de cada 20 mexicanos presentaron algún trastorno mental alguna vez en su vida y tres de cada 20 lo presentaron durante los 12 meses previos al estudio; lo que nos permite entender la importancia del tema, puesto que las tasas representan una parte significativa de la población. Los trastornos que se presentan con mayor frecuencia son los depresivos, el trastorno bipolar, la esquizofrenia y los padecimientos asociados al desarrollo infantil siendo los afectivos y de ansiedad, más frecuentes en población femenina y los asociados al abuso de sustancias a la población masculina (Medina, 2015).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) valora que la depresión para el año 2020 podría ocupar la segunda causa de discapacidad a nivel mundial, no obstante entre el 60% y 80% de las personas con trastorno depresivo puede ser tratado por un tipo de terapia breve, pero solamente el 10% recibe tales tratamientos.

En México la depresión, es más frecuente en mujeres, 12% la han padecido en algún momento de su vida a diferencia de los hombres con un 7%, considerando que se añaden 10 mil 500 casos de intento de suicidio por año como resultado principalmente de los cuadros depresivos graves (Cruz, 2013). Además, a pesar de que estos trastornos han incrementado en el país, afectando cerca de 18 millones de la población total, se estima que únicamente el 5% es diagnosticado y recibe tratamiento, la mitad del porcentaje a diferencia de países desarrollados (Medina Mora *et al.*, 2009)

De acuerdo con la edad, la mayoría de los trastornos mentales inician en edades tempranas, es decir antes de los 21 años de edad; entre los más prevalentes se encuentran los trastornos del aprendizaje, los cognitivos conductuales, el trastorno por déficit de atención, los trastornos depresivos y los intentos de suicidio. La prevalencia de trastornos mentales entre los menores de edad oscila entre el 12% y



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



29% dependiendo el tipo de padecimiento (Medina-Mora *et al*, 2013), lo que significa que alrededor de 5 millones de la población menor de 18 años, padece algún problema de salud mental (SSA, 2002).

Sin embargo, es importante considerar que este incremento en edades tempranas puede deberse al sobre-diagnóstico como algunos autores reportan, principalmente por la falta de un diagnóstico diferencial correcto durante etapas que implican cambios psíquicos, físicos y sociales (Canals, 2014).

Aunque no deja de ser primordial brindar atención temprana con la finalidad de disminuir las posibles secuelas en el desarrollo hacia la adultez, dado que la evidencia reporta que en la adolescencia se presenta con mayor frecuencia las fobias, el comportamiento desafiante, los trastornos depresivos mayores y las conductas de riesgo como el abuso de drogas o alcohol, deserción escolar, delitos o actividad sexual sin protección (OMS, 2013).

En población joven, la depresión es considerada como principal trastorno incapacitante, asociado principalmente a factores sociales entre grupos, interfiriendo en su desarrollo. En México el 2% de la población ha padecido un episodio mayor de depresión antes de los 18 años, de los cuales el 64% refirieron presentar episodios subsiguientes y en etapa adulta el inicio de un episodio mayor es de 5.2%, sin embargo, se encontró que los episodios en edad temprana generan mayores episodios a futuro en comparación con lo de inicio en edad adulta (Tapia *et al*, 2017; Benjet, Borges, *et al.*, 2015).

Durante la adultez y en adultos mayores, los trastornos como la depresión y la ansiedad, continúan teniendo una prevalencia significativa, existe evidencia sobre la carga genética heredable entre generación y generación ya que existe mayor riesgo, de dos a tres veces cuando los padres padecen un trastorno mental (Caraveo *et al.*, 2014).

No obstante, las circunstancias en las que ocurre el desarrollo del niño y el adolescente también pueden estar vinculadas estrechamente a la aparición de un



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



trastorno como diferentes tipos de violencia, falta de oportunidades y condiciones de vida. Si consideramos que México, de acuerdo con los criterios del Banco Mundial tiene ingresos de nivel medio – alto, es un país en vías de desarrollo y por lo tanto la población está expuesta continuamente a diversas situaciones y factores que favorecen el malestar emocional en la población (Tapia *et al*, 2017).

Por otro lado, la pobreza en México, también es uno de los principales factores que pueden asociarse a la aparición de trastornos; Sandoval de Escurdia (2013) considera a la pobreza como una causa complementaria de trastornos como la depresión, estrés y ansiedad, debido a la carencia de servicios básicos, desnutrición, condiciones de vida y falta de apoyo. Además la pobreza da como resultado un nivel de educación menor, condición que ha demostrado una asociación importante para la prevalencia de ciertos trastornos emocionales, como resultado el analfabetismo o bajo nivel educacional.

3.4 La Atención de la salud mental

El concepto de la atención de la salud mental, se refiere a las actuaciones enfocadas al bienestar mental de las personas. Estas actuaciones incluyen medidas informativas, preventivas, de promoción, así como, la coordinación para mejorar el proceso de diagnóstico, tratamiento, seguimiento clínico y rehabilitación (Tapia *et al*, 2017).

En general, tiene la finalidad de disminuir la carga de la enfermedad, sin embargo, se encuentra inmersa en un contexto con múltiples brechas que han convertido un desafío integrar acciones hacia la atención de la salud mental. Estas brechas de acuerdo con varios autores se entienden como el porcentaje de personas que presentan un trastorno mental, las cuales requieren un tratamiento y atención pero no lo reciben (Khon *et al.*, 2014). Por ende, la importancia de abordar esta parte del problema recae nuevamente en la discapacidad que genera un trastorno mental cuando no es atendido oportunamente.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



Siguiendo esta misma línea, se presenta una breve introducción sobre lo que implican las brechas de atención a nivel mundial para después contextualizar con la situación presente en México.

Se estima que la brecha de atención en algunas zonas en desarrollo es de casi el 80% y gran parte de ésta se debe a determinantes sociales, así como, recursos utilizados de forma ineficiente (Chan, 2012). Principalmente, nos enfrentamos a la estigmatización, malas condiciones hospitalarias, costos elevados en tratamiento, atención inadecuada y suministro insuficiente de medicamentos. En atención primaria se ha identificado falta de sensibilización, capacitación, supervisión e infraestructura, así como, de especialistas o personal con los conocimientos generales para atender las demandas en diferentes niveles de asistencia (OMS, 2014).

Desafortunadamente, en América Latina la mayor parte del presupuesto para la salud mental es utilizada en servicios de tercer nivel y son más bajos en comparación con países más desarrollados, por ejemplo, Estados Unidos cuenta con el 6% del presupuesto total de salud y Canadá con el 11%. En cambio, en Chile, solo cuenta con 2.3%, lo cual es insuficiente, porque a pesar, de haber ampliado la cobertura, la proporción de las camas censables persiste en unidades psiquiátricas. (Rioseco, 2010).

De tal manera que organizaciones como la OMS y la OPS, han desarrollado modelos, programas y estrategias para direccionar el abordaje en cada nación de acuerdo a los recursos disponibles, sin embargo, enfatizan la importancia de darle prioridad a la integración de la atención en el primer nivel, porque implica mayor accesibilidad e intervenciones enfocadas a la prevención y promoción de bienestar. El Plan De Acción Integral 2013-2020 de la OMS, tiene como finalidad global fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales (OMS, 2013).



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



Otra propuesta más accesible para los países de bajos y medios ingresos, es el Programa de acción para superar las brechas en salud mental, mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Este programa proporciona un marco de referencia con la finalidad de mejorar y ampliar las intervenciones en el campo de la salud mental tomando en cuenta las limitaciones que pueden existir de acuerdo a cada país, ya que es una guía flexible y adaptable para su implementación por medio del personal sanitario sin la necesidad de tener que ser médicos, bajo previa capacitación (OMS, 2013).

Pero a pesar de los problemas planteados previamente, estudios en torno a la atención de la salud mental reportan logros que se han ido obteniendo poco a poco, a pesar de las brechas prevalentes en cada nación. En California, por ejemplo, se evaluó una intervención basada en terapia de aceptación y compromiso con la finalidad de fomentar la promoción de la salud mental, encontrando que la intervención resultó efectiva al aumentar la flexibilidad psicológica mediante la estimulación de habilidades de aceptación, mejorando la salud mental positiva (Westerhof, 2015).

En América Latina, se estima que 89.5% de los países actualmente cuentan con una política nacional de salud mental y de forma similar han iniciado planes recomendados por la OMS/OPS para disminuir las brechas de atención. Se han observado avances exitosos en algunos países como El Salvador, Belice, Chile, Perú y Paraguay. En Brasil se ha reformado la atención a través de programas enfocados a expandir el acceso de la población en una red de servicios integrados, incluyendo la salud mental. En Guatemala se anexaron servicios para la prevención y promoción en salud mental, y en Chile se logró integrar intervenciones para la depresión en atención primaria (Caldas, 2005).

No obstante, esto es únicamente una parte del panorama sobre la atención, en México, la atención de la salud mental también se encuentra con obstáculos para integrarse adecuadamente en los servicios sanitarios, y dicha perspectiva será expuesta a continuación.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



3.5 La atención de la salud mental en México

La historia de México marca que desde la época prehispánica se han encontrado acciones en el campo de la salud mental brindando cuidados terapéuticos a los enfermos mentales. Para poder comprender nuestro presente, es necesario conocer como se ha ido desarrollando el sistema asistencial en este campo, considerando que el principal objeto de estudio es la descripción de lo que ocurre actualmente en atención primaria.

Como antecedentes generales, el primer hospital fue fundado en 1566 en la Ciudad de México por Fray Bernardino Álvarez Herrera conocido como San Hipólito, posteriormente se fundaron diferentes hospitales, asilos e instancias a lo largo de la República hasta llegar al siglo XX con la inauguración de instituciones privadas y públicas como el sanatorio Doctor Rafael Lavista, los hospitales de los Hermanos de San Juan de Dios, y en 1910 se fundó “La Castañeda” como manicomio general que posteriormente pasó a ser el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino.

Al igual que en otros países, el manejo de las personas con trastornos mentales carecía de conocimiento y aspectos humanos en el cuidado como resultado de la carencia de conocimientos en salud mental, puesto que se asumía que no existía una recuperación ni se contaban con recursos terapéuticos efectivos, dejándolos al aislamiento y abandono. Entre 1940 y 1950 los hospitales del sector público fundaron los primeros esquemas de atención en salud mental, así como, de práctica psiquiátrica. Para 1942 se estableció el servicio de psiquiatría en el Hospital Español de la Ciudad de México incluyendo un amplio programa de consulta externa, terapia ocupacional y seguimiento junto con la participación en la enseñanza universitaria. Durante ese periodo las principales funciones en salud mental, correspondían a implementar estrategias y líneas de acción para ampliar los servicios, impulsar la formación de recursos humanos, promover la investigación y reglamentar la atención a enfermos en establecimientos especializados.

En 1959 la Secretaría de Salud coordinada por la Dirección de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación, desarrolló el establecimiento de módulos de higiene mental



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



en algunos centros de salud; la ampliación de servicios hospitalarios especializados, actividades de promoción a la salud mental, capacitación de los recursos humanos y se formalizó la investigación sobre los trastornos mentales.

En el año de 1970, se denomina Dirección de Salud Mental a la coordinación, la cual realizó cambios significativos con el plan de acción “Operación Castañeda”, el cual consistió en reformar la atención brindada, implicó el cierre del manicomio y la creación de espacios hospitalarios especializados, mejorando las condiciones de vida de los usuarios. Este acontecimiento dio como resultado la organización de nuevos modelos de tratamiento y rehabilitación con la finalidad de su reintegración social.

Conjuntamente se crea el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro, disponiendo con todas las nuevas infraestructuras 3030 camas. Para 1976, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) abre el Instituto Nacional de Salud Mental, el cual dio prioridad a la atención en consulta externa de niños y adolescentes; actualmente se conoce como Centro Integral de Salud Mental. En 1988 la gestión de los servicios en salud mental anula el Código Sanitario para expedir la Ley General de Salud junto con las cinco normas específicas en la prestación de servicios en salud mental. A partir de 1994 se realiza remodelación y equipamiento de 20 hospitales especializados públicos, así como la creación de dos nuevos servicios hospitalarios. También se fortalecen sus programas y se crea a través de un cuerpo colegiado la Comisión para el Bienestar del Enfermo Mental, así como la expedición de la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 que tiene la finalidad de uniformar los criterios de la atención hospitalaria psiquiátrica y la protección de los derechos humanos de los pacientes.

A principios de 1995, se formó la Dirección de Normas de Salud Mental, el Consejo Nacional contra las Adicciones y el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 (SSA, 2002). En el 2001 se incluyeron en el Sistema Integral de Atención de Salud Mental parte de los puntos principales del Informe Sobre la Salud en el Mundo de la OMS y en el periodo del 2001-2006 se realizó el Plan de Acción en



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



Salud Mental, el Plan Maestro para la Infraestructura para la Atención en Salud Mental en el Estado de México y D.F. junto con el desarrollo de servicios en el resto de la República Mexicana, sin embargo las estrategias propuestas requerían mayor especificidad acorde con cada entidad federativa junto con la jerarquización de prioridades en el tema (OPS, 2004).

El Plan de Acción Específico en Salud Mental 2007-2012, hace énfasis en la promoción y prevención, accesibilidad de servicios y cada institución perteneciente al Sistema Nacional de Salud transforma las líneas de acción y estrategias de los Programas de Acción en metas que deberán cumplirse en los próximos 6 años (SSA, 2008). Pese a lo expuesto, no todos los servicios y los programas implementados han logrado satisfacer las demandas de atención puesto que continúa siendo un reto reducir las brechas de atención, asegurar la calidad y accesibilidad de los servicios ampliando la cobertura, romper los ciclos de violencia y pobreza e integrar la salud mental a todos los servicios sanitarios, dando por resultado la necesidad de integrar nuevas estrategias, durante el 2013 la OMS propuso el Plan de Acción en Salud Mental 2013- 2020 con la finalidad de establecer nuevas soluciones al tema.

Como se ha expuesto, México es un país que ha reestructurado sus sistemas de servicios de psiquiatría y salud mental creando nuevos programas con la colaboración de otras instituciones, sociedades médicas, universidades, etc., para participar en la creación de un modelo óptimo de atención a la salud mental a nivel nacional siendo de gran interés la detección e intervención temprana de problemas mentales. Sin embargo, en algunos puntos continúa siendo un proyecto a futuro.

Cabe mencionar que la infraestructura del sistema de salud se encuentra dividida en un sector privado, un sector público para población asegurado y otro sector atendido a través del Seguro Popular y el Programa de Gratuidad con el objetivo de cubrir el 45% de la población que no posee seguridad social, bajo el Catalogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES).



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



Este catálogo es un documento de referencia sobre los diferentes servicios que brinda el sistema de salud, el cual estima que cubre al 100% las intervenciones de primer nivel y un 85% de los principales procedimientos diagnósticos y terapéuticos de los servicios de hospitalización, con base a las principales demandas de atención reportadas en los estudios epidemiológicos del Sistema Nacional de Información en Salud y el Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios. A partir del 2010-2011, incluyó programas sobre Adicciones y Salud Mental, para el 2012, se agregaron acciones dirigidas a la prevención de trastornos alimenticios junto con el fortalecimiento de personas de la tercera edad entre otras acciones dirigidas a enfermedades crónico degenerativas y actualmente cuenta con un total de 285 intervenciones para cubrir las demandas poblacionales en torno a la salud (Comisión Nacional de Protección Social en Salud [CNPSS], 2015).

De acuerdo con el Informe Sobre el Sistema de Salud Mental en México del 2011, la atención de los servicios en salud mental están coordinados por el Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME), el cual está encargado de proponer las políticas en materia de atención, prevención y rehabilitación, así como, planear, supervisar y evaluar los servicios de salud mental, teniendo representación en la mayoría de las entidades federativas (CONSAME, 2011).

Los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP), que coordinan los programas de atención médico especializada en salud mental de unidades operativas que no pertenecen a la adscripción de CONSAME, participan en la creación de normas oficiales mexicanas en materia de los servicios de atención psiquiátrica. Sin embargo, desde la perspectiva de los recursos, el 6.5% del PIB en el país equivale a los gastos en salud (Banco Mundial, 2011). Pero del 100% otorgado a la salud, únicamente el 2% del presupuesto se destina al campo de la salud mental, donde el 80% del monto se consigna a las operaciones de hospitales psiquiátricos, cifras inferiores a las recomendaciones de la OMS (Berenzon *et al*, 2013).

La atención se encuentra centralizada en el tercer nivel, con 46 hospitales psiquiátricos que atienden a 47 usuarios por cada 100,000 habitantes, 13 unidades



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



de internamiento y 8 establecimientos residenciales. El personal interdisciplinario destinado a la salud mental es de 1.6 psiquiatras, 3 enfermeras, 1 médico, 1 psicólogo, 0.53 trabajadores sociales, 0.19 terapeutas y 2 profesionales técnicos por cada 100,000 habitantes, de los cuales la mayoría se concentra en las unidades especializadas, encontrando que laboran 544 enfermeros en consulta externa y 2,843 en hospitales psiquiátricos (Berenzon, 2013).

Se estima que en general, en América Latina, un 10.3% de camas en hospitales generales y un 80.6% se concentra en los psiquiátricos, las cuales representan en su mayoría hospitalización de larga estancia como reflejo del modelo de atención actual, además de la inexistencia de servicios a nivel rural, puesto que la distribución territorial y la concentración de hospitales se encuentra en las zonas centrales de las principales ciudades de cada región. Además, en comparación con otros países desarrollados, en América Latina, el índice de profesionales de la salud mental por cada 100.000 habitantes es de 1.57 psiquiatras y 3.92 enfermeras para brindar atención a los trastornos mentales. No obstante, otros países en desarrollo como África, tienen índices aún más bajos. Sin embargo, es notable la diferencia con países más desarrollados de Europa, que reporta 8.59 psiquiatras y 21.93 enfermeras (Rodríguez, 2011).

Aunado a lo anterior, no existe la infraestructura necesaria para atender las demandas poblacionales, ya que se cuenta únicamente con 2546 camas, de las cuales 1096 se encuentran en las prisiones destinadas a reclusos diagnosticados con un trastornos mental; otra proporción en hogares para personas con retraso mental, desintoxicación y problemas con las adicciones, indigentes y finalmente aquellas de corte asistencial (OMS/OPS, 2011).

Los datos que se han presentado en relación con los recursos materiales y humanos con los que cuenta el país para atender la salud mental de la población demuestran que son insuficientes si los comparamos con la carga que representan los trastornos mentales; además sólo una pequeña proporción recibe el tratamiento adecuado a tiempo.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



Se sabe que la mayoría de las personas con trastornos mentales recurre en primer lugar a la medicina general, sin embargo, la detección, canalización y/o tratamiento es insuficiente, existe un estigma social importante que segrega a los pacientes psiquiátricos y el tiempo que pasa entre la aparición de los síntomas y la primera búsqueda de ayuda es considerable (Tapia *et al*, 2017; Gater *et al.*, 1991).

La población no recurre a los servicios de atención que están disponibles por razones como desconocimiento del tratamiento, escasez de recursos económicos o dificultades para el desplazamiento, además están las diferencias en las necesidades sentidas por la población y el tipo de ayuda que ofrecen los servicios especializados. Mientras que la población tiene una conceptualización basada en problemas (laborales, económicos, con la pareja, la familia, etc.), que tienen como consecuencia la presencia de estrés, tristeza, etc., los servicios ofrecen su atención basada en diagnósticos psiquiátricos. Esta falta de coincidencia en la manera de vivir y entender la enfermedad dificulta mucho la asistencia a los servicios (Berenzon, 2010).

Como se verá más adelante, en los servicios de atención primaria, además de las barreras antes mencionadas existen una serie de condiciones características de este nivel que dificultan la detección, atención y/o canalización de las personas con padecimientos mentales.

3.5.1 Salud mental en atención primaria

El interés generado en integrar servicios en salud mental en primer nivel, comienza por la definición descrita por la OMS sobre la atención primaria, que es la *“asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país.”*(OMS, 2013). La integración de la salud mental tiene la finalidad de disminuir las brechas que se han mencionado con anterioridad, para atender los trastornos mentales con el objetivo de adoptar nuevos modelos de atención integrales, así como, disminuir las tasas de discapacidad y atender las necesidades poblacionales en el tema.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



Pero nos enfrentamos a que la atención de la salud mental durante mucho tiempo se supuso como parte de servicios especializados o de tercer nivel, generando más brechas para la atención hasta que se determinó que es parte del bienestar integral del individuo. Por otro lado, el núcleo del sistema de salud del país, forma parte integral del desarrollo socioeconómico, por lo cual, se considera que existen muchas acciones pendientes para asegurar un sistema sanitario más equitativo y con mayor accesibilidad para la población en general y para aquella que se encuentre en situación vulnerable. De esta manera, se podría atender mayor parte de la población junto con estrategias que reduzcan el número de hospitalizaciones y recaídas por medio de programas de prevención y promoción.

En México, el primer nivel de atención está conformado a 12 mil instancias básicas de salud, de las cuales únicamente el 30% opera óptimamente. Entre el 21% y 50 % de estas unidades cuenta con protocolos de evaluación y tratamiento con un médico disponible y el 20% restante no cuenta con un médico, reportando que coordinan las actividades con terapeutas de medicinas alternativas (OMS/OPS, 2011).

Los problemas de salud mental son atendidos principalmente en otras unidades especializadas como hospitales psiquiátricos, y esta atención se concentra principalmente en la ciudad de México con 41% de psiquiatras o psicólogos destinados a población abierta; y únicamente 7 del resto de los estados del país tienen cuenta con especialistas en ésta rama de la salud, sin embargo en ninguno de los casos son suficientes para atender a toda la población que lo requiere (Berenzon, *et al.*, 2013).

La atención de los trastornos mentales pretende iniciar en el primer nivel de atención e integrar los servicios a la red comunitaria, actualmente el sistema sanitario cuenta con algunas unidades especializadas, hospitales psiquiátricos y muy pocas áreas de salud mental dentro de hospitales generales junto con algunos servicios de consulta externa, “hospital de día” y comunidades terapéuticas. Si bien estas propuestas son un primer intento por alcanzar una atención integral para



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



combatir el estigma y la discriminación, todavía es largo el camino para lograr una reestructuración de los servicios, donde los hospitales psiquiátricos sean solamente un componente, quizás el más pequeño, dentro de la pirámide asistencial (SSA, 20013). En general se puede reconocer el interés por disminuir el impacto generado de la carga de los trastornos mentales, pero aún se requiere mayores recursos para generar cambios significativos. El último Informe Sobre el Sistema de Salud Mental en México, reporta que además de las estrategias ya mencionadas la Secretaria de Salud Pública informa periódicamente los medicamentos esenciales dentro del Cuadro Básico y los Catálogos de Medicamentos del Sector Salud, la cual contiene antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos, antiepilépticos, etc., pese a ello, su distribución no resulta equitativa para cubrir las necesidades a nivel nacional (OMS/OPS, 2013).

En 1994 se expidió la Norma Oficial Mexicana Nom-025-SSA2-1994 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica con la finalidad de estandarizar los criterios de operación, actividades y actitudes del personal basadas en la calidez y calidad. Posteriormente en el 2000 el Gobierno Federal, la Secretaria de Salud junto con el Gobierno del Estado de Hidalgo inauguraron la Villa Ocaranza para implementar el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental que tiene la finalidad de disminuir las hospitalizaciones y estancias prolongadas de hospitalización, así como la reincorporación social de los usuarios y para el 2004 en el Diario Oficial de la Federación se presenta la creación del Consejo Nacional de Salud Mental para continuar impulsando la reforma iniciada en Salud Mental (CONSAME, 2007).

Desde otra perspectiva, otra de las brechas a las que se enfrenta la atención de la salud mental en atención primaria es la forma en que se perciben los trastornos mentales. El estudio presentado por Henao, Restrepo, Alzate y González (2004-2006) en Antioquia, expone que las personas usualmente perciben a los trastornos mentales de forma inespecífica en la sintomatología antecediendo a un hecho traumático, porque la expresión del trastorno es impreciso, lo cual



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



incrementa el periodo entre la aparición de un trastorno y su tratamiento al no ser reconocido.

Situación similar que ocurre en México, se estima que el 19% de las personas atendidas con un trastorno, tarda entre 4 a 20 años desde la aparición de la enfermedad, de acuerdo al tipo de trastorno (Medina, 2003), lo cual refleja que la mayoría de los trastornos son detectados en fases agudas graves ocasionando la necesidad de tratamientos más complejos en servicios especializados y no al inicio de los síntomas que podrían detectarse durante una consulta general en primer nivel.

Con base a lo anterior, una de las alternativas que se han propuesto para integrar intervenciones en atención primaria en México, es la capacitación de médicos generales para utilizar escalas de tamizaje para detectar principalmente síntomas asociados a la depresión y ansiedad, ya que son las principales causas de malestar emocional encontradas en el primer nivel de atención.

Vargas, Heinze, García, Fernández y Dickinson (2004), encontraron que 88.1% de los médicos generales de 8 centros de salud del Distrito Federal reportaron recibir casos con algún tipo de enfermedad depresiva, todos consideraron que las causas se asocian con problemas de tipo laboral, familiar y económico, y el 41% las relaciona con un manejo inadecuado del estrés. Sin embargo, de los casos detectados únicamente el 25% recibió algún tratamiento cuando se podría atender entre el 60 a 80% de las personas con trastorno depresivo dentro de este nivel.

En cuanto a los recursos humanos en atención primaria, enfermería juega un papel importante en los programas de prevención y promoción de la salud, observando que en los países en los cuales se ha logrado integrar la atención de la salud mental en el primer nivel, enfermería es quien coordina y colabora con el resto del equipo para brindar cuidados hacia la salud mental. Sin embargo, en México, enfermería cumple con las acciones de promoción, prevención, detección y seguimiento, sólo para algunas enfermedades crónico-degenerativas, pero no específicamente en salud mental, por tal motivo, el siguiente tema abordará el



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



panorama desde la visión del profesional de enfermería.

3.6 Visión de enfermería sobre la atención de la salud mental

La Organización Mundial de la Salud y el Consejo Internacional de Enfermería presentaron en el 2007 un panorama a nivel global sobre la viabilidad de educación, capacitación, rol y ejercicio de enfermería en el campo de la salud mental, sin embargo, atribuyen que la baja demanda laboral en esta rama se debe al desinterés en torno a la salud mental, salario bajo o pocos incentivos, el estigma asociado a los trastornos mentales, así como, la preocupación de la seguridad en el ambiente de trabajo y la propia salud mental de las enfermeras.

Un estudio en Escocia reveló que a pesar de la integración de enfermeras en atención primaria y efectividad de sus intervenciones, al preguntarles sobre sus funciones, se les dificultó formular lo que realizan, desde su perspectiva reconocen el valor del trabajo pero no pueden identificar los conocimientos específicos de enfermería para poder ser replicados por otros profesionales, por lo cual no logran ver las diferencias en ciertas funciones realizadas por un terapeuta ocupacional o trabajador social (Richards, *et al.*, 2013).

Asimismo, Samaniego y Cárcamo (2013) exploraron la percepción de enfermería y otros profesionales de salud sobre las condiciones laborales de enfermería, afirmando que la profesión implica desgaste, impotencia y conflictos entre los grupos de trabajo, así como, discordancia entre las funciones realizadas y percibidas; el 27% del profesional de salud mencionó que enfermería debe estar disponible específicamente para sus indicaciones aunque algunas de estas actividades no tienen que ver con la profesión, el 40% de enfermeras considero que existe sobrecarga de trabajo por falta de personal y 38% cree que es porque no todo el personal trabaja de forma similar.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



La percepción del personal de enfermería en salud mental ha demostrado en diferentes estudios posturas similares, por ejemplo, en 1997 Burjalés y Prats, realizaron un estudio sobre las actitudes por parte de enfermeras generales y especialistas en salud mental encontrando que existe mayor rechazo por los trastornos mentales por parte del personal no especializado en el tema, constatando que existe un prejuicio social desde hace varios años hacia este tipo de enfermedades incluso en el grupo de profesionales de salud.

La intervención del profesional de enfermería desde el enfoque de educación para la salud mental con aspectos de prevención de conductas de riesgo en grupos vulnerables es determinante por el primer contacto que tiene la enfermera en los escenarios escolares desde etapas tempranas de la vida del individuo, ya que está capacitada para aportar elementos determinantes para favorecer aprendizajes asertivos que fomenten el cuidado de la salud biopsicosocial de las poblaciones escolares.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



CAPÍTULO IV

INTELIGENCIA EMOCIONAL COMO ESTRATEGIA EN LA SALUD MENTAL

4.1 Concepto de inteligencia

La palabra inteligencia proviene del latín *intelligentia*, compuesto por *inter* (entre) y el verbo *legere* (leer, escoger, elegir), que unidos dan a la palabra inteligencia el sentido y el significado de “saber escoger”. Diferentes autores han realizado estudios sobre el término y la han definido a lo largo de la historia de muy diversas maneras. Uno de los primeros autores en hacer referencia a la inteligencia fue Lewis Terman, que en 1921 la definió como la capacidad para pensar de manera abstracta. Años después, en 1952, Jean Piaget se refirió a ella como la capacidad para adaptarse al ambiente, guardando relación con su famosa Teoría del Desarrollo Cognitivo. Más en la actualidad, Papalia y Wendkos-olds, haciendo un análisis exhaustivo y recabando la gran cantidad de información que sobre la inteligencia se ha escrito, elaboraron en 1996 una definición, a la que muchos se refieren como “la definición”, que engloba todas las perspectivas del concepto: “Interacción activa entre las capacidades heredadas y las experiencias ambientales, cuyo resultado capacita al individuo para adquirir, recordar y utilizar conocimientos, entender conceptos concretos y abstractos, comprender las relaciones entre los objetos, los hechos y las ideas, y aplicar y utilizar todo ello con el propósito concreto de resolver los problemas de la vida cotidiana”.

4.2 Concepto de emoción y los tipos de emoción

En segundo lugar, el término emoción, que etimológicamente proviene del latín *emoveo/emotum/emotio* que significa impulso o movimiento, el impulso que lleva a la acción.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



Denzin (2009 [1984]) define la emoción como ‘una experiencia corporal viva, veraz, situada y transitoria que impregna el flujo de conciencia de una persona, que es percibida en el interior de y recorriendo el cuerpo, y que, durante el transcurso de su vivencia, sume a la persona y a sus acompañantes en una realidad nueva y transformada – la realidad de un mundo constituido por la experiencia emocional’. Para Kemper (1987), la definición de emoción primaria de Seymour Epstein es útil: una compleja y organizada predisposición a participar en ciertas clases de conductas biológicamente adaptativas ... caracterizada por unos peculiares estados de excitación fisiológica, unos peculiares sentimientos o estados afectivos, un peculiar estado de receptividad, y una peculiar pauta de reacciones expresivas. Lawler (1999) define las emociones como estados evaluativos, sean positivos o negativos, relativamente breves, que tienen elementos fisiológicos, neurológicos y cognitivos. Y Brody (1999) ve las emociones como sistemas motivacionales con componentes fisiológicos, conductuales, experienciales y cognitivos, que tienen una valencia positiva o negativa (sentirse bien o mal), que varían en intensidad, y que suelen estar provocadas por situaciones interpersonales o hechos que merecen nuestra atención porque afectan a nuestro bienestar. (Guzmán V. *et.al.*, 2016).

4.2.1 Funciones de las emociones

En relación a la función adaptativa de las emociones, éstas preparan al organismo (lo activan) para hacer frente a las demandas o exigencias del entorno y lo dirigen hacia un objetivo (aproximación - evitación). En este sentido, se afirma que cada conducta emocional tiene un objetivo: (Bericat, 2012).



<p>Sorpresa (emoción) Exploración (función adaptativa)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Facilita la aparición de la reacción emocional y comportamental apropiada ante situaciones nuevas. • Dirige los procesos cognitivos a la situación novedosa.
<p>Asco (emoción) Rechazo (función adaptativa)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respuestas de escape o evitación • Desarrollo de hábitos Higiénicos
<p>Alegría (emoción) Afiliación (función adaptativa)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disfrutar de diferentes aspectos de la vida • Generar actitudes positivas • Nexos de unión entre las personas
<p>Miedo (emoción) Protección (función adaptativa)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respuestas de escape • Focaliza la atención en el estímulo temido • Moviliza una gran cantidad de energía
<p>Ira (emoción) Autodefensa (función adaptativa)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Movilización de energía • Eliminación de obstáculos • Inhibir reacciones indeseables de otras personas
<p>Tristeza (emoción) Reintegración (función adaptativa)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta la cohesión con otras personas • Posibilidad de valorar otros aspectos de la vida

Fig. No. 22 Funciones de las emociones

1. Función social: Permite a las personas predecir el comportamiento que vamos a desarrollar y a nosotros el suyo. La expresión de las emociones puede considerarse como una serie de estímulos discriminativos que facilitan la realización de conductas sociales. Estas funciones se cumplen mediante varios sistemas de comunicación diferentes: comunicación verbal, comunicación artística y comunicación verbal.
2. Efecto motivacional (función motivacional): Una emoción puede determinar la aparición de la propia conducta motivada, dirigirla hacia determinada meta y hacer que se ejecute con un cierto grado de intensidad. La conducta motivada produce una reacción emocional y a su vez, la emoción facilita la aparición de conductas motivadas (Bericat, 2012).



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



4.2.2 Componentes de las emociones

Componentes neurofisiológico y bioquímico: se dan, por ejemplo, cuando sentimos miedo: aumenta la frecuencia cardíaca, la respiración se acelera, se dilata la pupila, sudan las manos, la musculatura se tensa, se produce segregación de adrenalina y un aumento de glucosa en la sangre, etc. Como se puede apreciar se producen un gran número de cambios corporales destinados a preparar el organismo para hacer frente a las demandas exigidas por el medio.

El componente conductual o expresivo de la emoción: comprende un conjunto de conductas externas como: expresiones faciales, movimientos corporales, conducta de aproximación - evitación, conducta verbal (entonación de la voz, intensidad, sonidos, etc.) Así, por ejemplo, si vemos una persona con la boca abierta, las cejas alzadas y los ojos bien abiertos, al mismo tiempo que emite una exclamación, por ejemplo, oh!, seguramente calificaremos, sin grandes dificultades, su estado emocional, como de sorpresa.

El componente cognitivo experiencial de la emoción: como su nombre indica incluye dos aspectos fundamentales de la emoción. El aspecto experiencial está relacionado con la vivencia afectiva, con el hecho de sentir y de experimentar propiamente la emoción. Hace referencia al tono hedónico de la experiencia emocional, es decir, a los estados subjetivos calificados, por el sujeto, como agradables o desagradables, positivos o negativos que experimenta cuando es objeto de una emoción.(Bericat, 2012).

4.2.3 Tipos de emociones

Emociones primarias: se consideran respuesta universales, fundamentalmente fisiológicas, evolutivamente relevantes y biológicas y neurológicamente innatas. Ejemplo: el miedo, la ira, la depresión o la satisfacción.

Emociones secundarias: Pueden resaltar de una combinación de las primarias, están muy condicionadas social y culturalmente. Ejemplos: la culpa, la vergüenza, el amor,



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA



el resentimiento, decepción, o la nostalgia (Bericat, 2012).

4.3 Concepto de sentimientos

La palabra sentimiento deriva de la palabra latina *sentire* que significa percibir por los sentidos. Sin embargo, es un término que abarca más que el mero significado del sentirse estimulado. Sentimiento es lo que no es instinto, lo que no es pensamiento, lo que no es percepción, es decir, todo lo que no es una vida psíquica objetivable. Sentimientos son estados del yo (Scheler, 1972). Cuando una persona dice que está alegre, que está triste o que está encolerizado, está describiendo un paisaje interior. En contraposición a la percepción y al pensamiento, que están siempre dirigidos a la captación del mundo exterior, los sentimientos vienen siempre a designar una manera de estar consigo en el mundo. Según Kurt Schneider, los sentimientos se definen como estados del yo pasivos, que se vivencian como agradables o desagradables.

Scheler (1972), distingue sentimientos sensoriales, vitales, anímicos y espirituales (o de la personalidad) en su estratificación de la vida sentimental:

- a) Sentimientos sensoriales, referidos a partes del cuerpo, p/ej dolor, hambre, sed, etc. Son actuales.
- b) Sentimientos vitales, referidos al cuerpo en su totalidad. Se distinguen de los primeros porque no están localizados. En el lenguaje común se traduce p/ej en malestar, o sentir que un lugar es agradable o desagradable, cómodo. En los sentimientos vitales existe un recuerdo sentimental, cosa que no ocurre con los sensoriales. No se puede revivir un dolor físico sufrido, solo acordarse de cómo era. Algunos tipos importantes de sentimientos vitales para la clínica son: humor, gana, gusto, náusea y asco
- c) Sentimientos anímicos, a los que también llama sentimientos del yo, referidos al mundo en que se vive. Son sentimientos provocados por un estímulo exterior, p/ej tristeza o alegría ante una noticia. Según P. Lersch (1966), son los sentimientos dirigidos o reactivos. Suelen ser la expresión de una inclinación, de una toma de postura, o de una valoración



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



- d) Sentimientos espirituales o de la personalidad, en cierto sentido trascendentales. Estos son espontáneos y absolutos, es decir, no pueden apoyarse en determinados valores. Cuando estos sentimientos existen realmente se funden con el ser mismo, llegan a ser modos de ser, en lugar de modos de estar. En ellos se refleja el valor de la misma persona, no éste ni aquel valor determinado.

4.4 La inteligencia emocional

De la unión de los dos términos anteriores surge el concepto de Inteligencia Emocional, del que existen distintos modelos y autores de referencia.

El término Inteligencia Emocional surge a partir de la Teoría de las “Inteligencias múltiples” que Howard Gardner desarrolló en 1983, que apuntaba que existen 7 tipos de inteligencias a desarrollar en las personas: verbal, matemática, musical, espacial, cinestésica, interpersonal e intrapersonal. Este fue el punto de partida de la investigación de las inteligencias, en la que Goleman es el autor más relevante.



ÁREA	APRENDER MEJOR	LE GUSTA	DESTACAN EN
LINGUISTICO-VERBAL	Leyendo, escuchando y viendo palabras, hablando, escribiendo, discutiendo y debatiendo.	Leer, escribir, contar cuentas, hablar, memorizar, hacer puzles.	Lectura, escritura, narración de historias, memorización de fechas, piensa en palabras.
LÓGICO-MATEMÁTICO	Usando pautas y relaciones, clasificando, trabajando con lo abstracto.	Resolver problemas, cuestionar, trabajar con números, experimentar.	Matemáticas, razonamiento, lógica, resolución de problemas, pautas
ESPACIAL	Trabajando con dibujos y colores, visualizando, utilizando ojo mental, dibujando.	Diseñar, dibujar, construir, crear, soñar despierto, mirar dibujos.	Lectura de mapas, gráficos, dibujando, laberintos, puzles, imaginando cosas, visualizando.

ÁREA	APRENDER MEJOR	LE GUSTA	DESTACAN EN
CORPORAL-KINESTÉSICA	Tocando, moviéndose, procesando información a través de sensaciones corporales.	Mover, tocar, hablar, buen lenguaje corporal.	Atletismo, danza, arte dramático, trabajos en manuales, uso de herramientas.
MUSICAL	Ritmo, melodía, cantar, escuchando música, y melodías.	Cantar, tararear, tocar instrumento, escuchar música.	Cantar, reconocer sonidos, recordar melodías, ritmo.



INTERPERSONAL	Compartiendo, comparando, relacionando, entrevistando, cooperando.	Tener amigos, hablar de la gente, juntarse con la gente.	Entendiendo a la gente, organizando, comunicando, resolviendo conflictos.
INTRAPERSONAL	Trabajando solo, haciendo proyectos a su propio ritmo, reflexionando.	Trabajador solo, reflexionar, seguir sus intereses.	Entendiéndose así mismo, reconociendo sus puntos fuertes y débiles, estableciendo objetivos.
NATURALISTA	Trabajar en el medio natural, explotar los seres vivientes, aprender a cerca de las plantas y temas relacionados a la naturaleza.	Participar en la naturaleza, hacer distinciones.	Entendiendo la naturaleza, haciendo distinciones, identificando la flora y fauna.

Fig. No. 23 Inteligencias múltiples

4.4.1 Los diferentes modelos de la inteligencia emocional

La inteligencia emocional (IE) ha suscitado un gran interés en las últimas décadas, tanto en el plano académico como profesional, desarrollándose varias concepciones del constructo que han dado lugar a tres modelos diferenciados:

- 1) El *modelo de competencias*: como un conjunto de habilidades que incluyen el autocontrol, el entusiasmo, la persistencia y la capacidad para motivarse a uno mismo
- 2) El *modelo de habilidad*: IE como la destreza en el procesamiento de la información con contenido emocional (Mayer, Salovey, 1997)
- 3) los *modelos mixtos* como un conjunto de rasgos estables de personalidad, competencias socioemocionales, aspectos motivacionales y diversas habilidades cognitivas (Bar-On, *et al.*, 2003).

Entre los diferentes modelos de IE, el *modelo de habilidades* o *modelo de cuatro*



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA



ramas de Mayer y Salovey (1997) se establece como el marco de referencia con mayor aceptación en la comunidad científica.

De esta manera, el modelo de cuatro ramas de Mayer y Salovey (1997) abarca un conjunto de cuatro capacidades:

- 1) Recepción, valoración y expresión emocional.
- 2) Facilitación emocional del pensamiento.
- 3) Comprensión y análisis de las emociones.
- 4) Regulación reflexiva de las emociones, que determinan el aprendizaje alcanzado sobre la emoción o la información relacionada con las emociones, como resultado de experiencias de interacciones con medio y de la investigación personal realizada en torno al propio contexto.

La inteligencia emocional implicaría la habilidad para percibir, valorar y expresar con exactitud la emoción; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos cuando estos facilitan el pensamiento; la habilidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional, y la habilidad para regular emociones que promuevan el crecimiento emocional e intelectual (Mayer, Salovey, 1997).

4.4.1.1 El Modelo de Daniel Goleman

Para Goleman (1995), el término de Inteligencia Emocional se refiere a, La capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los ajenos, de motivarnos y de manejar bien las emociones, en nosotros mismos y en nuestras relaciones

Para Goleman la inteligencia emocional consiste en:

- *Conocer las propias emociones:* el principio de Sócrates “Conócete a ti mismo” se refiere a esta pieza clave de la inteligencia emocional: tener conciencia de las propias emociones; reconocer un sentimiento en el momento en que ocurre. Una incapacidad en este sentido nos deja a merced de las emociones incontroladas.
- *Manejar las emociones:* La habilidad para manejar los propios sentidos a fin de que se expresen de forma apropiada se fundamenta en la toma de conciencia de las propias emociones. La habilidad para suavizar expresiones de ira, furia o irritabilidad es fundamental en las relaciones interpersonales.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



Motivarse a sí mismo: Una emoción tiende a impulsar hacia una acción. Por eso, emoción y motivación están íntimamente interrelacionados. Encaminar las emociones, y la motivación consecuente, hacia el logro de objetivos es esencial para prestar atención, auto motivarse, manejarse y realizar actividades creativas. El autocontrol emocional conlleva a demorar gratificaciones y dominar la impulsividad, lo cual suele estar presente en el logro de muchos objetivos. Las personas que poseen estas habilidades tienden a ser más productivas y efectivas en las actividades que emprenden.

Reconocer las emociones de los demás: Un don de gentes fundamental es la empatía, la cual se basa en el conocimiento de las propias emociones. La empatía es la base del altruismo. Las personas empáticas sintonizan mejor con las sutiles señales que indican lo que los demás necesitan o desean. Esto las hace apropiadas para las profesiones de la ayuda y servicios en sentido amplio (profesores, orientadores, pedagogos, psicólogos, psicopedagogos, médicos, abogados, expertos en ventas, etc.).

Establecer relaciones: El arte de establecer buenas relaciones con los demás es, en gran medida, la habilidad de manejar las emociones de los demás. La competencia social y las habilidades que conlleva, son la base del liderazgo, popularidad y eficiencia interpersonal. Las personas que dominan estas habilidades sociales son capaces de interactuar de forma suave y efectiva con los demás.



Fig. No. 24 Modelo de Goleman

4.4.1.1.1 Competencias emocionales

Conciencia emocional: capacidad para tomar conciencia de las propias emociones y de las emociones de los demás, incluyendo la habilidad para captar el clima emocional de un contexto determinado. Dentro de este bloque se pueden especificar una serie de aspectos como los siguientes.

- 1) *Toma de conciencia de las propias emociones.* Es la capacidad para percibir con precisión los propios sentimientos y emociones; identificarlos y etiquetarlos. Contempla la posibilidad de experimentar emociones múltiples y



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



de reconocer la incapacidad de tomar consciencia de los propios sentimientos debido a inatención selectiva o dinámicas inconscientes.

- 2) *Dar nombre a las emociones.* Es la eficacia en el uso del vocabulario emocional adecuado y utilizar las expresiones disponibles en un contexto cultural determinado para designar los fenómenos emocionales.
- 3) *Comprensión de las emociones de los demás.* Es la capacidad para percibir con precisión las emociones y sentimientos de los demás y de implicarse empáticamente en sus vivencias emocionales. Incluye la pericia de servirse de las claves situacionales y expresivas (comunicación verbal y no verbal) que tienen un cierto grado de consenso cultural para el significado emocional.
- 4) *Tomar conciencia de la interacción entre emoción, cognición y comportamiento.* Los estados emocionales inciden en el comportamiento y éstos en la emoción; ambos pueden regularse por la cognición (razonamiento, conciencia). Emoción, cognición y comportamiento están en interacción continua, de tal forma que resulta difícil discernir que es primero. Muchas veces pensamos y nos comportamos en función del estado emocional.

La regulación emocional es la capacidad para manejar las emociones de forma apropiada. Supone tomar conciencia de la relación entre emoción, cognición y comportamiento; tener buenas estrategias de afrontamiento; capacidad para autogenerarse emociones positivas. (Goleman, 1995)

Las micro competencias que la configuran son:

- 1) Es la capacidad para autogenerarse y experimentar de forma voluntaria y consciente emociones positivas (alegría, amor, humor, fluir) y disfrutar de la vida. Capacidad para auto-gestionar el propio bienestar emocional en busca de una mejor calidad de vida.

La autonomía emocional la podemos entender como un concepto amplio que incluye un conjunto de características y elementos relacionados con la autogestión personal, entre las que se encuentran la autoestima, actitud positiva ante la vida,



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA



responsabilidad, capacidad para analizar críticamente las normas sociales, la capacidad para buscar ayuda y recursos, así como la auto eficacia emocional. Como micro competencias incluye las siguientes.(Goleman, 1995)

- 1) *Autoestima*. Esta característica de la Autonomía Emocional se refiere a tener una imagen positiva de sí mismo; estar satisfecho de sí mismo; mantener buenas relaciones consigo mismo. La autoestima tiene una larga tradición en investigadora y en educación.
- 2) *Auto motivación*. Es la capacidad de auto motivarse e implicarse emocionalmente en actividades diversas de la vida personal, social, profesional, de tiempo libre, etc. Motivación y emoción van de la mano. Auto motivarse es esencial para dar un sentido a la vida.
- 3) *Auto eficacia emocional*. Esta otra característica de la Autonomía Emocional se refiere a la percepción de que se es *capaz* (eficaz) en las relaciones sociales y personales gracias a las competencias emocionales. El individuo se percibe a sí mismo con capacidad para sentirse como desea; para generar las emociones que necesita. La autoeficacia emocional significa que se acepta la propia experiencia emocional, tanto si es única y excéntrica como si es culturalmente convencional, y esta aceptación está de acuerdo con las creencias del individuo sobre lo que constituye un balance emocional deseable. En caso contrario, el individuo está en condiciones de regular y cambiar las propias emociones para hacerlas más efectivas en un contexto determinado. Se vive de acuerdo con la propia “teoría personal sobre las emociones” cuando se demuestra auto eficacia emocional, que está en consonancia con los propios valores morales.
- 4) *Responsabilidad*. Se refiere a la capacidad para responder de los propios actos. Es la intención de implicarse en comportamientos seguros, saludables y éticos. Asumir la responsabilidad en la toma de decisiones. Ante la decisión de ¿qué actitudes (positivas o negativas) voy a adoptar ante la vida?, en virtud de la autonomía y libertad, decidir con responsabilidad, sabiendo que en general lo más efectivo es adoptar una actitud positiva.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA



- 5) *Actitud positiva.* Es la capacidad para decidir que voy a adoptar una actitud positiva ante la vida. A pesar de que siempre van a sobrar motivos para que la actitud sea negativa. Saber que en situaciones extremas, lo heroico es adoptar una actitud positiva; aunque cueste. Siempre que sea posible manifestar optimismo y mantener actitudes de amabilidad y respeto a los demás. Por extensión, la actitud positiva repercute en la intención de ser bueno, justo, caritativo y compasivo.
- 6) *Análisis crítico de normas sociales.* Esta nueva característica de la Autonomía Emocional es la capacidad para evaluar críticamente los mensajes sociales, culturales y de los más media, relativos a normas sociales y comportamientos personales. Esto tiene sentido de cara a no adoptar los comportamientos estereotipados propios de la sociedad irreflexiva y acrítica. La autonomía debe ayudar a avanzar hacia una sociedad más consciente, libre, autónoma y responsable.
- 7) *Resiliencia.* Es la capacidad que tiene una persona para enfrentarse con éxito a unas condiciones de vida sumamente adversas (pobreza, guerras, orfandad, etc.).

La competencia social es la capacidad para mantener buenas relaciones con otras personas. Esto implica dominar las habilidades sociales básicas, capacidad para la comunicación efectiva, respeto, actitudes pro sociales, asertividad, etc. La micro competencias que incluye la competencia social son las siguientes.

- 1) *Dominar las habilidades sociales básicas.*- La primera de las habilidades sociales es escuchar. Sin ella, difícilmente se pueda pasar a las demás: saludar, despedirse, dar las gracias, pedir un favor, manifestar agradecimiento, pedir disculpas, aguardar turno, mantener una actitud dialogante, etc.
- 2) *Respeto por los demás.*- Es la intención de aceptar y apreciar las diferencias individuales y grupales y valorar los derechos de todas las personas. Esto se aplica en los diferentes puntos de vista que puedan surgir en una discusión.
- 3) *Practicar la comunicación receptiva.*- Es la capacidad para atender a los



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA



demás tanto en la comunicación verbal como no verbal para recibir los mensajes con precisión.

- 4) *Practicar la comunicación expresiva.*- Es la capacidad para iniciar y mantener conversaciones, expresar los propios pensamientos y sentimientos con claridad, tanto en comunicación verbal como no verbal, y demostrar a los demás que han sido bien comprendidos.
- 5) *Compartir emociones.*- Compartir emociones profundas no siempre es fácil. Implica la conciencia de que la estructura y naturaleza de las relaciones vienen en parte definidas tanto por el grado de inmediatez emocional, o sinceridad expresiva, como por el grado de reciprocidad o simetría en la relación.
- 6) *Comportamiento pro social y cooperación.*- Es la capacidad para realizar acciones en favor de otras personas, sin que lo hayan solicitado. Aunque no coincide con el altruismo, tiene muchos elementos en común.
- 7) *Asertividad.*- Significa mantener un comportamiento equilibrado entre la agresividad y la pasividad. Esto implica la capacidad para defender y expresar los propios derechos, opiniones y sentimientos, al mismo tiempo que se respeta a los demás, con sus opiniones y derechos. Decir “no” claramente y mantenerlo y aceptar que el otro te pueda decir “no”. Hacer frente a la presión de grupo y evitar situaciones en las cuales uno puede verse coaccionado para adoptar comportamientos de riesgo. En ciertas circunstancias de presión, procurar demorar la toma de decisiones y la actuación, hasta sentirse adecuadamente preparado, etc.
- 8) *Prevención y solución de conflictos.*- Es la capacidad para identificar, anticiparse o afrontar resolutivamente conflictos sociales y problemas interpersonales. Implica la capacidad para identificar situaciones que requieren una solución o decisión preventiva y evaluar riesgos, barreras y recursos. Cuando inevitablemente se producen los conflictos, afrontarlos de forma positiva, aportando soluciones informadas y constructivas. La capacidad de negociación y mediación son aspectos importantes de cara a

una resolución pacífica del problema, considerando la perspectiva y los sentimientos de los demás.(Bisquerra, 2008)



Fig. No. 25 Competencias emocionales

4.4.1.2 Modelo de las cuatro ramas de Inteligencia Emocional de Mayer & Salovey

Según Salovey y Mayer (1990), que fueron los pioneros en la materia, definieron la Inteligencia Emocional como, Un subconjunto de la inteligencia social que comprende la capacidad de controlar los sentimientos y emociones propias así como los de los demás, de discriminar entre ellos y utilizar esta información para guiar nuestro pensamiento y nuestras acciones. Para 1997 los mismos autores la definen como la habilidad para manejar los sentimientos y emociones, discriminar entre ellos y utilizar estos conocimientos para dirigir los propios pensamientos y acciones.



Modelo de cuatro-ramas de inteligencia emocional de Mayer & Salovey (1997)			
Categoría 4	Categoría 3	Categoría 2	Categoría 1
La regulación de las emociones para promover el crecimiento emocional e intelectual			
La habilidad para manejar las emociones en uno mismo y en otros, mediante el control de las emociones negativas y la focalización en las placenteras; tener que reprimir o exagerar la información transmitida.	La habilidad para monitorizar reflexivamente las emociones personales, así como el reconocimiento de cuán claras, influenciables o razonables son.	La habilidad para emplear reflexivamente o desprenderse de una emoción, dependiendo de su naturaleza informativa o utilitaria.	La habilidad para estar abierto a los sentimientos, tanto a los placenteros como a los que no lo son.



Modelo de cuatro-ramas de inteligencia emocional de Mayer & Salovey (1997)			
Categoría 4	Categoría 3	Categoría 2	Categoría 1
Entendimiento y análisis de las emociones; empleo del conocimiento emocional			
La habilidad para reconocer las transiciones entre las emociones, tales como la transición de la ira a la satisfacción o de la ira a la timidez.	La habilidad para entender los sentimientos complejos; por ejemplo, la ambivalencia	La habilidad para interpretar los significados de las emociones con respecto a las relaciones (por ejemplo, la tristeza casi siempre acompaña a la pérdida).	La habilidad para describir las emociones y reconocer las representaciones de estas en las palabras. Por ejemplo, la relación entre querer y amar.



Modelo de cuatro-ramas de inteligencia emocional de Mayer & Salovey (1997)			
Categoría 4	Categoría 3	Categoría 2	Categoría 1
Facilitación emocional del pensamiento			
<p>Los estados emocionales se diferencian y fomentan métodos de solución de problemas (ejemplo, la felicidad facilita el razonamiento inductivo y la creatividad)</p>	<p>El ánimo emocional modula los cambios en el individuo: de optimista a pesimista, lo cual alienta el reconocimiento de múltiples puntos de vista.</p>	<p>Las emociones están suficientemente disponibles como para que puedan ser generadas como ayuda para el juicio y la memoria concerniente a los sentimientos.</p>	<p>Las emociones dan prioridad al pensamiento, por medio de dirigir la atención a la información importante</p>



Modelo de cuatro-ramas de inteligencia emocional de Mayer & Salovey (1997)			
Categoría 4	Categoría 3	Categoría 2	Categoría 1
Percepción, evaluación y expresión de la emoción			
La habilidad para discriminar entre sentimientos; por ejemplo, expresiones honestas versus deshonestas.	La habilidad para expresar las emociones con precisión y para expresar las necesidades de aquellos sentimientos.	La habilidad para identificar las emociones en otras personas, objetos, situaciones, etc., a través del lenguaje, sonido, apariencia y comportamiento.	La habilidad para identificar la emoción en nuestros estados físicos, sentimentales y reflexivos.

Figura No.26 Modelo de cuatro-ramas de inteligencia emocional de Mayer & Salovey (1997).



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



1. Percepción, evaluación y expresión de las emociones. En la primera casilla se hace referencia a la capacidad de percibir las emociones en sí mismos y en los demás. Dicha habilidad es considerada importante debido a que una valoración correcta de las emociones hace que el individuo pueda distinguir entre expresiones emocionales reales o fingidas con relación a la situación vivida. Se trata, entonces, de la precisión con la cual un individuo puede identificar las emociones en un contexto emocional específico (Mayer, Salovey, 1997). Quien tenga esta habilidad bien desarrollada podrá identificar las expresiones emocionales en los demás, para así modificar y regular su propio comportamiento. Además, el individuo podrá dar respuesta con mayor velocidad con relación a su propio estado emocional y poder expresarlo adecuadamente a los demás (Mayer, Salovey, 1997).
2. Utilizar las emociones para facilitar el pensamiento. En esta segunda casilla se hace referencia a la capacidad de utilizar las emociones para potenciar y dirigir el pensamiento y para dirigir la creatividad y la resolución de problemas. En otras palabras, se trata de integrar las emociones en los procesos perceptivos y cognitivos. Con esto se quiere indicar que las emociones influyen los procesos cognitivos actuando sobre la resolución de problemas y la toma de decisiones. Esta capacidad se puede entender si se observa cómo esta evoluciona a lo largo del arco de la vida; es decir, un niño llora por la necesidad de alimentarse o la solicitud de protección; las emociones prosiguen su desarrollo logrando con el tiempo direccionar la atención hacia la información de mayor relevancia. De esta misma forma se logra individual otro aporte de las emociones al pensamiento; según Mayer, Salovey (1997), la capacidad de generar, sentir, manipular y examinar las emociones, con el fin de entenderlas mejor, lo cual puede ayudar a una persona en la toma de decisiones entre las diferentes posibilidades en el arco de la vida del individuo.



Fig. No.27 Entendimiento y análisis de las emociones.

3. Comprender y analizar las emociones. Utilizar el conocimiento emocional: la tercera casilla hace referencia a la capacidad de comprender la combinación de diversas emociones y la transición emocional, es decir, cómo una emoción se puede transformar en otra, y de analizar las emociones en cada uno de sus componentes. Se trata de la capacidad que tiene un individuo de distinguir entre varias emociones, comprender las relaciones que hay entre ellas, de identificación de las consecuencias de las emociones, de comprender las emociones complejas, los estados emocionales contradictorios y la concatenación de las emociones (Mayer, Salovey, 1997).
4. Regulación reflexiva de las emociones en el promover el crecimiento emocional e intelectual. En la casilla cuatro se hace referencia a la capacidad de gestionar las emociones propias y las de los demás. Se trata de una habilidad muy importante, en cuanto influencia el bienestar del individuo y su capacidad de comportarse adecuada y eficazmente en las situaciones estresantes de la vida cotidiana, moderando las emociones negativas y valorando las positivas, con el objetivo de lograr una buena y adecuada



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



adaptación. A este nivel corresponde la capacidad de tolerar y agrupar las emociones cuando estas son experimentadas, independientemente de la naturaleza de la emoción (agradable o desagradable).

4.4.1.3 BAR-ON: Modelo de la inteligencia emocional social.

Por su parte, Bar-On ha ofrecido otra definición de la inteligencia emocional tomando como punto de partida a Salovey y Mayer. Describiendo la IE como un conjunto de capacidades no cognitivas, competencias de habilidades aprendidas que influyen la calidad de los individuos para enfrentar eficazmente las demandas y presiones del ambiente (*“an array of non cognitive capabilities, competencies, and skills that influence one’s ability to succeed in coping with environmental demands and pressures”*) (Di Caro, D’Amico, 2008); esta definición es la que representa más controversia debido al uso que el autor hace del término capacidades “no cognitivas” en cuanto se relaciona con la inteligencia emocional. El modelo desarrollado por Bar-On introduce el término cociente emocional (EC), el cual, relacionado con la IE, señala que la esfera emocional y la cognitiva contribuyen en igual medida a las potencialidades de una persona; es decir que esta confluencia explica cómo un individuo se relaciona con las personas que lo rodean y con su ambiente.

- 1) Componente intrapersonal: Evalúa la auto-identificación general del individuo, la autoconciencia emocional, la asertividad, la autorrealización e independencia emocional, la autoconciencia.
- 2) Componente interpersonal: La empatía, la responsabilidad social, las relaciones.
- 3) Componente de manejo de emociones: La capacidad para tolerar presiones (tolerance stress) y la capacidad de controlar impulsos.
- 4) Componente de estado de ánimo: El optimismo (optimism): se refiere a la capacidad de ser optimista y de saber disfrutar de la presencia de otros,



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



además de conservar una actitud positiva ante situaciones adversas. de estar satisfecho consigo mismo y de la propia vida.

- 5) Componente de adaptación-ajuste: Capacidad del individuo para evaluar correctamente la realidad y ajustarse de manera eficiente a nuevas situaciones, así como a su capacidad para crear soluciones adecuadas a los problemas diarios.

4.5 La adolescencia y la experiencia emocional

La adolescencia, generalmente, es una etapa de la vida en la que los jóvenes intentan reafirmar su independencia, y lo hacen resaltar rechazando la escala de valores de sus padres. No es una sorpresa que la adolescencia sea una época más frecuente de experimentación con drogas incluyendo el tabaco y el alcohol como tal. Además la presión de grupo tiene más importancia en el inicio del consumo, ya que en la adolescencia el grupo de iguales es el que ejerce una mayor influencia en la forma de los estilos de vida, en lo hay una necesidad de pertenencia a un grupo propio de referencia fuera del grupo familiar.

Según Cassà (2003), la adolescencia es síntoma de inestabilidad emocional ya que en esa edad, las emociones de los jóvenes pasan de un extremo al otro rápidamente, es decir, pasan de las emociones positivas a las negativas y viceversa. Las emociones, por tanto, están en constante cambio y si no se les ayuda a regularlas, las conductas pueden resultar impulsivas y descontroladas, con lo pueden dañar sus relaciones sociales y su autoestima.

Para Bisquerra (2009), la regulación de las emociones, una de las competencias emocionales, significa dar una respuesta apropiada a las emociones que experimentamos, pero no hay que confundirlo con la represión. La regulación consiste en un difícil equilibrio entre la represión y el descontrol, que estos son componentes importantes de la habilidad de autorregulación de la tolerancia a la frustración, el manejo de la ira, la capacidad para retrasar gratificaciones, las



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA



habilidades de afrontamiento en situaciones de riesgo (como la inducción al consumo de drogas), y el desarrollo de la empatía.

La adolescencia es la etapa más preocupante que se produce por el efecto de las relaciones sociales, ya que para algunos adolescentes desde la más mínima conducta no asertiva dirigida para ellos llega a ser aterradora desde el punto en que son agredidos, ignorados, que sufren violencia por sus compañeros, familiares, y entre otras conductas disruptivas, por consiguiente el adolescente entra en un desequilibrio emocional afectando su persona principalmente y a la vez la convivencia familiar y social.

CAPÍTULO V

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

5.1 Problematización

En la actualidad en México existen diferentes tipos de familias principalmente la disfuncional y monoparental; donde en las familias disfuncionales se vive conductas no asertivas las cuales son generadas por los padres que pudiesen tener problemas psicológicos afectando de cierta manera a sus hijos. Según Hunt (2007), Tapia y cols (2017) dan dos definiciones de familia disfuncional: primero, considera que “Una familia disfuncional es donde el comportamiento inadecuado o inmaduro de uno de los padres inhibe el crecimiento de la individualidad y la capacidad de relacionarse sanamente los miembros de la familia”. Por lo tanto, la estabilidad emocional y psicológica de los padres es fundamental para el buen funcionamiento de la familia. Y segundo, “Una familia disfuncional es donde sus miembros están enfermos emocional, psicológica y espiritualmente”. De acuerdo con las definiciones mencionadas nos enfocaremos a la primera ya que la educación a los hijos parte de los padres; el tener un hogar donde la unión familiar está desequilibrada perjudica gravemente a los hijos, ya que ellos son los principales receptores de los problemas,



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



se convierten en el centro de discusiones, son descuidados, comienzan con maltrato tanto física, emocional y verbalmente, generando en ellos conflictos en su vida personal como desconfianza en sí mismos, falta de toma de decisiones, baja autoestima, alterando su salud mental hasta llegar a una posible adicción, problema de salud pública que rebasa a la sociedad mexicana (Tapia *et al.*, 2015, 2016; Fuentes y Rivera, 2016).

5.2 Pregunta de investigación

En base en lo expuesto se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿De qué manera influyen las herramientas de inmersión como estrategia en el fomento de la salud mental de los adolescentes?

5.3 Justificación

Los adolescentes experimentan por diferentes cambios en su vida, cada uno de ellos conlleva ciertas responsabilidades y cambios de actitudes, pero el más difícil y de mayor enfoque son los cambios emocionales, ya que tienen una perspectiva de la vida en donde sienten que todo lo pueden, en donde ellos tienen la razón y nadie más, donde se sienten sabios; acercándose al consumo de drogas legales e ilegales y a conductas violentas (Tapia *et al.*, 2016, 2017; Fuentes y Rivera, 2016), estos dos graves problemas de salud pública pasan a ser más graves cuando vienen de una familia disfuncional (Tapia *et al.*, 2017), ya que no hay un apoyo y guía, porque la atención se centra en los problemas del núcleo familiar dejando a un lado las necesidades de los hijos, desprotegiendo su salud mental. Se hace necesario el compromiso de los profesionales de la salud en esta problemática, por esta razón se decidió implementar un taller de inteligencia emocional (IE) hacia un grupo de adolescentes que se encontraban en riesgo por presentar conductas no asertivas, de bullying, desatención y/o violencia familiar. Ya que es prioritario que profesionales del área de la salud enfocados al cuidado del adolescente intervengan en los grupos vulnerables para disminuir las conductas de riesgo y favorecer conductas y actitudes



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



positivas y asertivas acompañadas de un proceso de identificación y reflexión de las emociones que invaden al adolescente en sus diferentes contextos, el licenciado en Enfermería en su labor de educación para la salud y prevención de conductas de riesgo en adolescentes cuenta con un abanico de posibilidades para cubrir esta necesidad exitosamente.

5.4 Objetivos

5.4.1 General

Analizar la influencia de las herramientas de inmersión como estrategia para el fomento de la salud mental del adolescente y el sano desarrollo biopsicosocial.

5.4.2 Específicos

- Identificar cómo los adolescentes enfrentan y les afectan los diferentes cambios emocionales en su vida cotidiana.
- Estructurar diferentes tipos de herramientas de inmersión que contribuyan a un desarrollo emocional asertivo en el adolescente
- Implementar un taller de IE en adolescentes de secundaria

5.5 Metodología

La investigación fue cualitativa, planteo las experiencias de los participantes, los investigadores se aproximaron a un sujeto real, presente en el mundo y que pudo, en cierta medida, ofrecernos información sobre sus propias experiencias, opiniones, valores, comportamientos, emociones, sentimientos, etc. (Román, 2007). Participaron 26 estudiantes de ambos sexos, de edad entre 13 y 15 años, de 1ro, 2do y 3ro grado de secundaria, los cuales fueron seleccionados por conveniencia y con apoyo del psicólogo de la secundaria. Se implementó un taller de inteligencia emocional (IE), este se basó en la tecnología educativa, utilizando material audiovisual (video), el objetivo de este material y actividades didácticas, fue presentar de manera secuencial un proceso de funcionamiento donde los alumnos



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



fueron capaces de desarrollar capacidades y actitudes donde presentaron abstracciones de forma gesticular y verbal, facilitando las comparaciones entre distintos elementos y ayudando a analizar con detalle distintas fases de procesos complejos, el alumno práctico un proceso de reflexión para llegar a comprenderse mejor a sí mismo y a su entorno, realizando un proyecto audiovisual (video) como producto final, en el que analizaron algunos de los problemas que preocupan a los estudiantes así como la relación que establecen con su medio social y natural. La recolección de datos cualitativos se realizó por medio de entrevistas semiestructuradas antes y después de la implementación del taller de IE; también mediante observación participante logrando una comunicación individual que permitió conocer aún más a los alumnos de cómo ven y viven el fenómeno de una situación o contexto real o creado.

5.5.1 Aspectos éticos y legales

Las fuentes principales de orientación ética sobre la realización de investigaciones clínicas han sido el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki, el Informe Belmont y las normas del Consejo para la Organización Internacional de Ciencias Médicas (CIOMS, por las siglas en inglés). El *momentum* alcanzado por la bioética como estudio de lo moral orientado a la salud es sumamente fuerte y amplio, y ha sido un estímulo vigoroso para el fortalecimiento de la ética como ha sido planteado por algunos.

Los principios éticos que aseguran la validez del trabajo de investigación son:

1. *Valor social o científico.* La investigación debe plantear una intervención que conduzca a mejoras en las condiciones de vida o el bienestar de la población o que produzca conocimiento que pueda abrir oportunidades de superación o solución a problemas, aunque no sea en forma inmediata. Esto asegura que las personas no sean expuestas a riesgos o agresiones sin la posibilidad de algún beneficio personal o social.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



2. Selección equitativa de los sujetos. La selección de los sujetos del estudio debe asegurar que estos son escogidos por razones relacionadas con las interrogantes científicas. La selección de sujetos debe considerar la inclusión de aquellos que pueden beneficiarse de un resultado positivo.
3. Respeto a los sujetos inscritos. Los requisitos éticos para la investigación cualitativa no concluyen cuando los individuos hacen constar que aceptan participar en ella. El respeto a los sujetos implica varias cosas:
 - a) Permitir que el sujeto cambie de opinión, a decidir que la investigación no concuerda con sus intereses o conveniencias, y a retirarse sin sanción de ningún tipo
 - b) La reserva en el manejo de la información debe ser respetada con reglas explícitas de confidencialidad
 - c) La información nueva y pertinente producida en el curso de la investigación debe darse a conocer a los sujetos inscritos
 - d) En reconocimiento a la contribución de los sujetos debe haber un mecanismo para informarlos sobre los resultados y lo que se aprendió de la investigación
 - e) El bienestar del sujeto debe vigilarse cuidadosamente a lo largo de su participación y, si es necesario, debe recibir las atenciones necesarias incluyendo un posible retiro de la investigación.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



5.5.2 Taller de inteligencia emocional

El taller estuvo dirigido a 26 estudiantes de secundaria de 1ro, 2do y 3ro grado los cuales fueron seleccionados por conveniencia.

La IE es un tema que está muy de moda últimamente. Pero, ¿Qué es exactamente la IE? Es la capacidad para reconocer sentimientos y emociones en uno mismo y en los que nos rodean. Y no sólo eso, sino que también es la habilidad para saber manejarlos adecuadamente en función del contexto o situación en la que nos encontremos.

Este taller trató de hacer modificaciones en el estado de ánimo de cada uno de los alumnos e incluso el de la gente que los rodea, esto se hizo por medio de actividades seleccionadas, un video realizado por los integrantes, cual ayudo a sensibilizar a los participantes sobre el consumo de drogas, dinámicas grupales y exposición de temas relevantes, así como resolución de un test con el seguimiento que surge en este mismo , es decir antes y después del taller, además se identificaron a aquellos que tuvieran problemas como adicciones o vivencia de Bullying y así lograr intervenir de manera adecuada.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



5.5.1.1 Objetivos del taller

El objetivo general de este taller fue mejorar el bienestar emocional para prevenir adicciones y vivencia del Bullying, lograr mayor estabilidad e influir en la salud mental de manera positiva en los alumnos y alumnas de la secundaria.

Objetivos específicos:

- a. Identificar las emociones propias y de los demás
- b. Aprender la importancia de la reflexión emocional
- c. Potenciar la autoestima
- d. Lograr una actitud positiva ante la vida
- e. Mejorar las relaciones con los demás
- f. Prevenir adicciones
- g. Prevenir la vivencia del Bullying.

5.6. Estrategia de recolección de datos

Para la recolección de datos cualitativos se realizó por medio de entrevistas semiestructuradas para obtener información entre el entrevistador y entrevistado antes y después de la implementación del taller IE; así mismo la observación participante de cada alumno logrando una comunicación individual que permitió conocer aún más a los alumnos de cómo ven y viven el fenómeno de una situación o contexto real o creado.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



5.6.1 Acceso al escenario y técnicas para la obtención de información:

- 1) Se presentó el proyecto de investigación a la Dirección de la escuela secundaria “Telpuchcalli”.
- 2) Se seleccionó las aulas audiovisuales para la implementación del taller y actividades a realizar.
- 3) Selección de muestra a conveniencia
- 4) Se utilizaron entrevistas y fueron estimulados a través de preguntas
- 5) Se reproducen videos para desarrollar capacidades y actitudes y liberen sentimientos que le permitan comprenderse a sí mismos y a su entorno
- 6) Se concluyeron las actividades con el cierre de un escenario “roll play” que realizan ellos mismos y preguntas abiertas donde ellos nos hablan sobre las enseñanzas adquiridas.
- 7) Se identificaron casos particulares que fueron canalizados con el psicólogo de la misma escuela para su intervención temprana.
- 8) Por último se realizó el análisis y discusión.

5.6.2 Recursos y apoyo logísticos

5.6.2.1 Recursos humanos

Investigadores:

Gutiérrez Martínez Juan Carlos

Martínez Mondragón Rodolfo

Rivera Ramírez Claudia Gabriela

Asesora metodológica:

Dra. Tapia Pancardo Diana Cecilia

5.6.2.2 Recursos materiales

Computadora, proyector, videos, hojas, pluma, lápiz, goma, libreta, copias, estambre.

5.6.2.3 Recursos físicos

Instalaciones de la secundaria (aulas y salas de audiovisual). La Escuela Secundaria “Telpuchcalli” , se encuentra ubicada en Av. Chimalhuacán No. 414, Colonia Benito Juárez, Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México.

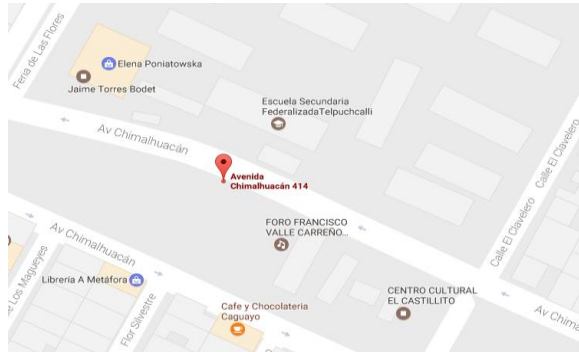


Fig. No.28 Ubicación gráfica del plantel.

5.7 Participantes o informantes:

26 Estudiantes de la Escuela Secundaria “Telpuchcalli”, de los grado de 1er año, 2do, año y 3er año.

5.7.1 Características de los participantes o informantes:

Estudiantes de ambos sexos, de edad entre 13 años y 15 años, de la Escuela Secundaria “Telpuchcalli”, que se encontraban cursando los grado de 1er año, 2do, año y 3er año de lunes a viernes de 13:30 a 19:00 horas.



N°	Nombre	Sexo
E1	Afganistán	Masculino
E2	Perú	Masculino
E3	Chile	Masculino
E4	Argentina	Femenino
E5	Polonia	Femenino
E6	Alemania	Femenino
E7	Uruguay	Masculino
E8	México	Masculino
E9	Paraguay	Masculino
E10	Nepal	Masculino
E11	Inglaterra	Femenino
E12	Bahamas	Masculino
E13	Panamá	Masculino

N°	Nombre	Sexo
E14	Puerto Rico	Masculino
E15	Dubai	Masculino
E16	Irlanda	Femenino
E17	Brasil	Masculino
E18	Canadá	Masculino
E19	Cuba	Masculino
E20	Marruecos	Masculino
E21	Irán	Masculino
E22	Francia	Femenino
E23	Irak	Masculino
E24	Haití	Masculino
E25	Japón	Masculino
E26	Ecuador	Masculino

Fig. No.29 Tabla de informantes.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



5.8 Análisis de datos

El análisis de datos fue con base en Souza Minayo (2011), el sustento teórico fue con Guzmán et al., (2016); Fuentes y Rivera (2016); Tapia et al., (2016); Goleman (2011) y Vygotsky (1962, 2012).

5.9 Hallazgos

Emergieron 2 categorías:

Categoría I la Inteligencia Emocional como transformador de factores de riesgo para vivir adicciones en factores de protección en adolescentes, con las subcategorías:

- 1.1 Asertividad y Fortaleza en la toma de decisiones.
- 1.2 Seguridad y desahogo de mis emociones
- 1.3 Confianza en sí mismo y en los demás.

Categoría II Desarrollo de la Inteligencia Emocional a través de herramientas de inmersión para fomento de la salud mental del adolescente.

Con las subcategorías:

- 2.1 Identidad, autoconocimiento y autoestima
- 2.2 Sorpresa y felicidad al actuar un papel.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



5.10 Hallazgos

Emergieron 2 categorías:

Categoría I la Inteligencia Emocional como transformador de factores de riesgo para vivir adicciones en factores de protección en adolescentes, con las subcategorías:

- 1.1 Asertividad y Fortaleza en la toma de decisiones.
- 1.2 Seguridad y desahogo de mis emociones
- 1.3 Confianza en sí mismo y en los demás.

Categoría II Desarrollo de la Inteligencia Emocional a través de herramientas de inmersión para fomento de la salud mental del adolescente.

Con las subcategorías:

- 2.1 Identidad, autoconocimiento y autoestima
- 2.2 Sorpresa y felicidad al actuar un papel.



Categoría	Subcategoría	Discurso
Categoría I:	Subcategoría I:	[...] <i>El taller me ayudó a pensar antes de actuar, saber cómo pedir las cosas. Cambió algo en mí, ahora sé que no debo aceptar las drogas.</i> E4-Argentina
La Inteligencia Emocional como transformador de los factores de riesgo en factores de protección para vivir adicciones en adolescentes.	Asertividad y Fortaleza	[...] <i>Me ayudó a reconocer que ahora sé cómo actuar si se me presenta este tipo de situaciones, también para aprender a cómo lidiar con conflictos o situaciones no convenientes.</i> E2-Perú
		[...] <i>Me hizo cambiar mi actitud hacia tomar decisiones en mi vida y ayudar a alguien más a tomarlas para no lastimarnos.</i> E11-Inglaterra
		[...] <i>Me hizo entender que las drogas son malas y solo yo tomo la decisión de cuidarme o dañarme.</i> E12-Bahamas
		[...] <i>A reconocer que está mal aceptar las drogas hay que decir que no, cuidarnos más y saber que esas personas no son amigas.</i> E13-Panamá
		[...] <i>Me ayudó a comprender sobre las drogas a decir que no quiero consumirlas y a saber cómo dañaría a mi familia, a mis amigos, y a mí misma si lo hiciera.</i> E14-Puerto Rico
		[...] <i>Me ayudó mucho para aprender a controlarme y a saber cuándo me enoja y saber cómo des-estresarme para no tomar malas decisiones.</i> E15-Dubai
		[...] <i>A que no debo de consumir ninguna sustancia o droga cuando vallamos alguna fiesta, aunque sean mis amigos los que me la ofrecen, entonces no son mis verdaderos amigos. Tomar buenas decisiones, para pensar antes de actuar y ser más asertivo.</i> E18-Canadá
		[...] <i>A ser más asertivo y no caer en conductas negativas o pasivas, me ayudó a ver de diferentes maneras una situación y no llegar a ofender o golpear por ser diferentes en nuestros pensamientos.</i> E20-Marruecos
		[...] <i>A mí me sirvió para sacar lo que pienso y siento, me ayudó a seguir con mis estudios y saber que sí se puede lograr todo lo que nos proponemos como metas y agradecerle a mi líder por todo lo que me enseñó, a ser social.</i> E22-Francia



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA



Continuación. Subcategoría II: [...] Por decirme que puedo lograr todo. **E1-Afganistán**
[...] Me ayudó a identificar que las drogas no son buenas para los problemas de casa y que crean más problemas. **4-Argentina**

Seguridad y [...] Pues estuvo bien me gustó porque me ayudó a pensar más en lo que los otros sienten, normalmente si se lo que yo siento, pero no pensaba mucho en mis compañeros. **E6-Alemania**
desahogo [...] A aprender a decir que no porque me puede pasar lo de Carlos o a uno de mis amigos y esto me hace reflexionar a no caer en las drogas. **E7-Uruguay**
[...] A no consumir drogas y saber que me puede pasar de todo, hasta la muerte. **E14-Puerto Rico**
[...] Me sentí bien por que pude reflexionar lo que me puede pasar si consumo drogas. **E17-Brasil**

Continuación. Subcategoría III: [...] Me siento más seguro de mí mismo. **E5-Polonia**
[...] Y quiero decir que me gusta mucho como trabajan en equipo todo y gracias por hacerme pensar que soy importante. **E12-Bahamas**

Confianza en sí [...] Me gustó mucho su película y más poder cambiar la historia, las actividades me gustaron porque convivía más con mis compañeros. **E13-Panamá**
mismo y en los demás. [...] Me sentí bien en el taller, aprendí diferentes maneras de reaccionar a diferentes casos que se presentan en mi vida. **E20-Marruecos**
[...] a querernos y cuidarnos. **E22-Francia**
[...] Me sentí bien porque perdí el miedo a actuar, pensé bien lo que quería decir para mejorar la historia y cambiar las consecuencias, me lleve bien con el equipo, y me quedo más claro el mensaje del video. **E24-Haití**
[...] Pues reafirmó un poco lo que ya sabía hacer antes de una situación así y me ayudó a sentirme más seguro. **E26-Ecuador**



Categoría II:

Desarrollo de la inteligencia emocional a través de herramientas de inmersión para mejora de la salud mental del adolescente.

Subcategoría I:

Identidad, autoconocimiento y autoestima.

[...] Yo aprendí mucho, mi líder fue genial aprendí mucho gracias. **E3-Chile**

[...] Yo no sabía que mis compañeros piensan así de mí. **E7-Uruguay**

[...] Que cambió algo en mi pero pronto lo descubriré, mientras en el presente, sanaré mis errores y seré mejor a cada día. **E7-Uruguay**

[...] nuestros líderes fueron muy amables, no sabía todo lo que enfermería puede hacer. **E9-Paraguay**

[...] También el cómo nos enseñaban en el video de cómo no debemos abusar de las drogas por todo el daño que hacen y pues mis líderes fueron muy buenos y muy amigables con todos nosotros, me gustaría ser como ellos. **E19-Cuba**

[...] Cambió mi forma de pensar conforme a mis amistades. **E20-Marruecos**

[...] A verme más como persona valiosa y cuando actué en el video aprendí a decir y hacer las cosas pensando en mí y en los otros. **E24-Haití**

[...] La verdad me ayudaron mucho cuando me tocó actuar mi personaje, logré decir lo que es importante, gracias Jonathan y Rosa por ayudarme a sentirme más seguro. **E26-Ecuador**

[...] Cómo ser y cómo saber que tengo de especial en mí, mis sueños puedo cumplirlos. **E1-Afganistán**

[...] a poder conocerme a mí mismo y mis capacidades. **E2-Perú**

[...] Me gustó pensar más en que yo soy importante y debo quererme y cuidarme. **E14-Puerto Rico**

[...] aprendí mucho sobre quien soy y que quiero ser. **E15-Dubai**

[...] Me sirvió de mucho porque habían cosas que no sabía de mí, fue importante porque así se cuando estoy enojada, alegre etc. **E16-Irlanda**

[...] Me sirvió el taller para reflexionar sobre mí persona, conocerme mejor. **E18-Canadá**

[...] Me hizo reflexionar sobre lo importante que soy y como debo quererme y cuidarme. **E20-Marruecos**

[...] El video me gustó mucho, pero me gustó más poder actuar y hacer diferente el resultado. Gracias. **E21-Irán**

[...] Me parece bien aprender a reconocernos más. **E22-Francia**

[...] Mi manera de pensar, los amigos te cuidan y ayudan, no te ponen en riesgo. **E23-Irak**



<p><i>Continuación.</i> Subcategoría II: ..</p> <p>Sorpresa y felicidad</p>	<p><i>[...] Me gustó mucho que nos dieran este taller me hizo mucho sonreír ya que yo casi no lo hago. E12-</i></p> <p>Bahamas</p> <p><i>[...] Cuando actué me sentí muy contento de poder decir y hacer cosas buenas y modificar la historia. E25-</i></p> <p>Japón</p>
---	--

Fig. No.30 Tabla de categorización

5.11 Discusión

La adolescencia es la etapa más preocupante por los riesgos y oportunidades que se producen al intensificarse las relaciones sociales, ya que para algunos adolescentes desde la más mínima conducta no asertiva dirigida para ellos llega a ser aterradora favoreciendo el ser agredidos, ignorados, y violentados por sus compañeros, familiares y profesores, detonando conductas de riesgo, por consiguiente el adolescente entra en un desequilibrio emocional afectando su percepción y juicio y con ello la toma de decisiones alterando la convivencia escolar, familiar y social (Tapia *et al.*, 2016). Según Guzmán *et al.*, (2016), en la adolescencia se intensifica la inestabilidad emocional ya que en esa edad, las emociones de los jóvenes pasan de un extremo al otro rápidamente, es decir, pasan de las emociones positivas a las negativas y viceversa. Las emociones, por tanto, están en constante cambio y si no se les ayuda a regularlas, las conductas pueden resultar impulsivas y descontroladas, con lo que pueden dañar sus relaciones sociales y su autoestima. Por lo que la necesidad de favorecer el desarrollo de la IE es una intervención urgente en los adolescentes dado que los factores de riesgo individuales, familiares y sociales para conductas de riesgo como el consumo de drogas estarán presentes en ellos, lo que dio lugar a la **Categoría I** La Inteligencia Emocional como transformador de factores de riesgo para vivir adicciones en factores de protección en adolescentes y las subcategorías, las cuales se presentan en los siguientes discursos.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



Subcategoría 1.1 Asertividad y Fortaleza en la toma de decisiones.

[...] interpretar un personaje en el video me ayudo a pensar antes de actuar, saber cómo pedir las cosas en casa, en la escuela y con mis amigos, cambió algo en mí, ahora veo las cosas de otra manera, y sé porque no debo aceptar las drogas .E4-Argentina

[...] con mi personaje en el video aprendí que no debo de consumir ninguna sustancia o droga cuando vallamos a una fiesta, aunque sean mis amigos los que me la ofrecen y entonces no son mis verdaderos amigos, aprendí a tomar buenas decisiones, para pensar antes de actuar y mantenerme más calmado. E18 Canadá

Subcategoría 1.2 Seguridad y desahogo de mis emociones.

[...] actuar un papel en el video me ayudó mucho para aprender a controlarme y a saber cuándo me enojo y saber cómo des-estresarme para no cometer tonterías. E15-Dubai

[...] con el personaje que actué en el video aprendí a ser más seguro de mí mismo y no caer en conductas negativas o pasivas, me ayudó a ver de diferentes maneras las situaciones que pasan en la casa y en la escuela y no llegar a ofender o golpear por ser diferentes en nuestros pensamientos. E20-Marruecos

Subcategoría 1.3 Confianza en sí mismo y en los demás.

[...] con mi personaje aprendí a pensar más y ser menos atrabancado, a tomarle más seriedad a las cosas, a tener más fe en mí, a quererme y conocerme más y a entender que mis compañeros no siempre me quieren molestar, también pasan malos ratos y por eso actúan inadecuadamente porque les dolió lo que dije o hice. E24-Haití



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



La teoría sociocultural lo que intenta explicar es que tanto nuestro conocimiento como nuestras habilidades se van a explicar en base al apoyo, a la orientación que facilite el contexto cultural. Los adultos van a aportar a los niños habilidades prácticas, sociales y habilidades de tipo intelectual y cognitivo. Su énfasis se centró en argumentar que los factores genéticos juegan un rol menor en la génesis del desarrollo, mientras que los factores sociales son absolutamente determinantes (Vielma, 2000). Los adolescentes experimentan por diferentes cambios en su vida, cada uno de ellos conlleva ciertas responsabilidades y cambios de actitudes, pero el más difícil y de mayor enfoque son los cambios emocionales, ya que tienen una perspectiva de la vida en donde sienten que todo lo pueden, en donde ellos tienen la razón y nadie más, donde se sienten sabios; acercándose al consumo de drogas legales e ilegales y a conductas violentas (Tapia et al., 2013, 2016; Fuentes y Rivera, 2016), estos dos graves problemas de salud pública pasan a ser más graves cuando vienen de una familia disfuncional (Tapia et al, 2017), ya que no hay un apoyo y guía, porque la atención se centra en los problemas del núcleo familiar dejando a un lado las necesidades de los hijos, desprotegiendo su salud mental. En las familias disfuncionales se vive conductas no asertivas las cuales son generadas por los padres que pudiesen tener problemas psicológicos afectando de cierta manera a sus hijos. Según Tapia et al., (2017) dan dos definiciones de familia disfuncional: primero, considera que “Una familia disfuncional es donde el comportamiento inadecuado o inmaduro de uno de los padres inhibe el crecimiento de la individualidad y la capacidad de relacionarse sanamente los miembros de la familia”. Por lo tanto, la estabilidad emocional y psicológica de los padres es fundamental para el buen funcionamiento de la familia. Y segundo, “Una familia disfuncional es donde sus miembros están enfermos emocional, psicológica y espiritualmente”. De acuerdo con las definiciones mencionadas nos enfocaremos a la primera ya que la educación a los hijos parte de los padres; el tener un hogar donde la unión familiar está desequilibrada perjudica gravemente a los hijos, ya que ellos son los principales receptores de los problemas, se convierten en el centro de discusiones, son descuidados, comienzan con maltrato tanto física, emocional y verbalmente,



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA



generando en ellos conflictos en su vida personal como desconfianza en sí mismos, falta de toma de decisiones, baja autoestima, alterando su salud mental hasta llegar a una posible adicción, problema de salud pública que rebaza a la sociedad mexicana (Tapia et al., 2016; Fuentes y Rivera, 2016). Situaciones que justificaron la intervención con el taller de IE con tecnología que favoreciera el aprendizaje de los adolescentes, dando lugar a la segunda categoría y subcategorías. **Categoría II** Desarrollo de la IE a través de herramientas de inmersión para fomento de la salud mental del adolescente. Con las subcategorías 2.1 Identidad, autoconocimiento y autoestima, 2.2 Sorpresa y felicidad al actuar un papel, tal como se muestra en los discursos:

[...] yo no sabía que mis compañeros piensan así de mí, después de actuar en el video algo cambio en mí, no tengo claro que fue, pronto lo descubriré, mientras en el presente sanaré mis errores y seré mejor cada día. E7-Uruguay

[...] me gusto como nos enseñaban en el video de cómo no debemos abusar de las drogas por todo el daño que hacen y después tener la oportunidad de actuar para cambiar las cosas, los licenciados en enfermería fueron muy buenos y muy amigables con todos nosotros, me gustaría ser como ellos, al actuar un personaje descubrí varias cosas buenas de las que soy capaz y no sabía. E19-Cuba

[...] Cambio mi forma de pensar conforme a mis amistades. E20-Marruecos

[...] actuar en el video un papel me ayudo a verme más como persona valiosa y aprendí a como decir y hacer las cosas pensando en mí y en los otros. E24-Haití

[...] la verdad me ayudó mucho cuando me tocó actuar mi personaje, logré decir lo que es importante, y a sentirme más seguro. E26-Ecuador

La IE fomentada por las herramientas de inmersión favorecen el desarrollo de la habilidad y capacidad de percibir las emociones en sí mismos y en los demás, dicha habilidad es considerada importante debido a que una valoración correcta de las emociones hace que el individuo pueda distinguir entre expresiones emocionales reales o fingidas con relación a la situación vivida. La IE se trata, entonces, de la



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



precisión con la cual un individuo puede identificar las emociones en un contexto emocional específico (Morales, 2014; Goleman, 2011; Tapia et al, 2017). El adolescente que tenga esta habilidad bien desarrollada podrá identificar las expresiones emocionales en los demás, para así modificar y regular su propio comportamiento, además podrá dar respuesta con mayor velocidad con relación a su propio estado emocional y poder expresarlo adecuadamente a los demás favoreciendo sus relaciones interpersonales y su salud mental (Guzmán et al, 2016; Tapia et al, 2017).

Las herramientas de inmersión favorecen el manejo de temas difíciles de abordar de manera tradicional, las nuevas generaciones responden a la tecnología de manera diferente, los adolescentes bajo la necesidad de buscar una identidad, de separarse de las dependencias infantiles, de individualización, de tener vida propia, elaborar opiniones, incrementan una necesidad imperiosa de intimidad, no solo mental, sino de su vida y sus cosas, de tal manera que no solamente no explica en qué piensa, ni a dónde ni con quién va, sino tampoco soporta que se entre en su habitación, se toque sus cosas, y por supuesto aún menos que se abran sus mensajes... Cuando el entorno, los padres, soportan mal esta intimidad comienzan una serie de actitudes de sospecha, secretos, registros, invasiones, interrogatorios, etc., con lo que la dinámica de la relación va volviéndose un caos de incomunicación y rechazo mutuo, con toda la tensión, irritación y sufrimiento que esta situación comporta, alterando tanto la salud física como psicológica de los participantes (Brunner, 2000; Cabero, 2012; Morales, 2014; Tapia et al, 2016, 2017; Guzmán et al, 2016).

De acuerdo con la edad, la mayoría de los trastornos mentales inician en edades tempranas, es decir antes de los 21 años de edad; entre los más prevalentes se encuentran los trastornos del aprendizaje, los cognitivos conductuales, el trastorno por déficit de atención, los trastornos depresivos y los intentos de suicidio. La prevalencia de trastornos mentales entre los menores de edad oscila entre el 12% y 29% dependiendo el tipo de padecimiento (Berenzon, 2013; Medina-Mora *et al*, 2015), la evidencia reporta que en la adolescencia se presenta con mayor frecuencia



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



las fobias, el comportamiento desafiante, los trastornos depresivos mayores y las conductas de riesgo como el abuso de drogas o alcohol, deserción escolar, delitos o actividad sexual sin protección (OMS, 2013). La Salud Mental resulta ser más que la ausencia de enfermedad, siendo descrita por la OMS como un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo del individuo y la comunidad. Este concepto medular de salud mental es consistente con su interpretación amplia y variada, en las diferentes culturas. Los profesionales de la salud tenemos el compromiso de implementar estrategias efectivas para el logro de los objetivos de salud tanto física como mental en las comunidades.

6. Conclusiones

Las herramientas de inmersión forman parte de las metodologías más interesantes que han estado surgiendo durante los recientes años. Se ha visto una tendencia hacia un acercamiento al usuario con un enfoque más humanista, en donde se estudian sus necesidades reales mediante la experimentación vivida del problema a solucionar o situación a mejorar. Estas herramientas están diseñadas para que los procesos de enseñanza-aprendizaje sean situados y auténticos. Su objetivo es que los alumnos experimenten dentro de un entorno controlado, situaciones lo más apegadas a la realidad, de tal manera que aprendan de sus experiencias y adquieran un conocimiento a través del autoaprendizaje.

Se concluye que el programa de inteligencia emocional, mediado por las herramientas de inmersión favoreció el regular sentimientos, lograr mejor adaptación psicológica y social, el identificar las emociones propias y de los demás con mayor precisión en diferentes situaciones les permitió darle espacio a la reflexión con pensamientos lo más claros posibles sobre los eventos y el contexto, fomentando su salud mental.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



Es conveniente el uso de herramientas de inmersión para enseñar a los adolescentes a superar los problemas y afrontarlos sin necesidad de consumir sustancias adictivas.

Es recomendable que los padres de familia estén al pendiente de los jóvenes, que tengan una buena comunicación, ayudándoles a salir de sus dudas, problemas y no dejándolos solos, recordando que la confianza es el pilar importante en la familia, para que esto no conlleve al riesgo de drogas en los adolescentes.

Es posible que la enfermería fomente y rescate los factores de protección y habilidades que ayuden a la vida, a la aplicación de la inteligencia emocional en algún punto conflictivo del adolescente, dándole un enfoque multidisciplinario e interdisciplinario para mejorar la calidad de vida de los adolescentes ya que son el grupo más vulnerable y así evitar los daños a su salud tanto física como mental (Guzmán *et al.*, 2016).

Enfermería juega un papel importante en los programas de prevención y promoción de la salud, observando que en los países en los cuales se ha logrado integrar la atención de la salud mental en el primer nivel, enfermería es quien coordina y colabora con el resto del equipo para brindar cuidados hacia la salud mental sobre todo en grupos vulnerables (*Agradecimientos al PAPIME 301516*).



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



7. Referencia Bibliografica

Berenzon S., Saavedra N., Medina-Mora M.E., Aparicio V. y Galván J., (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? *Rev. Panam Salud Pública*, 33(4), 252–8.

Bericat, Eduardo(2012). Emociones. Sociopedia. Universidad de Sevilla, España.1-13

Blas E. y Sivasankara A., (2010). Equity, social determinants and public health programmes. World Health Organization publications, Switzerland.

Bravo, J. (2000). El vídeo educativo. Recuperado de <http://www.ice.upm.es/wps/jlbr/Documentación/Libros/Videdu.pdf>

Brunner, J. (2000): Educación: Escenarios de Futuro. Nuevas Tecnologías y Sociedad de la Información. Programa de Educación, Fundación Chile. Programa de Promoción de la Reforma Educativa en América Latina y el Caribe. Recuperado de http://docencia.izt.uam.mx/sgpe/files/users/virtuami/file/ext/miplan_impacto_actv_Educacion_Futuro_Tec.pdf

Cabero, J. (2007). Nuevas Tecnologías Aplicadas a la Educación. Madrid: McGrawHill.

CABERO, J., DUARTE, A. Y BARROSO, J. (1997). La piedra angular para la incorporación de los medios audiovisuales, informáticos y nuevas tecnologías en los contextos educativos: la formación y el perfeccionamiento del profesorado. *Edutec: Revista de Tecnología Educativa*,8.

Castaño, C. y Romero, R. (2007): Las TIC en los procesos de formación. Nuevos medios, nuevos escenarios para la formación. En Cabero, J. y Romero, R. (coordinadores): Diseño y Producción de TIC para la formación. Barcelona: UOC.

Castells, M. (1988). La era de la información: economía, sociedad y cultura, vol. 3. Madrid: Alianza.

Ceñal González-Fierro MJ. (2012). Patrones normales de crecimiento y desarrollo físico. La Pubertad. En: Medicina de la Adolescencia. Atención Integral. 2ª ed. Madrid: Ergon. p. 35-42.

Cepeda José(2014). Manual de inmersión 2.0 para profesionales de salud. 9-158



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



Cerebro. Sinapsis. [homepage]. (En línea 16/10/2015). Disponible en URL: <https://atencionatupsique.wordpress.com/tag/cerebro/page/2/>

Cole, M. (1996). *Cultural Psychology: A Once and Future Discipline*. Cambridge: MA- London Uk: Harvard

Engler Bárbara. (1996). *Introducción a las Teorías de la Personalidad*. México: McGRAWHILL, p. 161-162. 3.

Erickson, Eric. (1987). *Identidade, juventude e crise*. 2. Ed. Rio de Janeiro, Guanabara, p.90- 141.

Fuentes A., Rivera M. (2014). *Impacto del programa de Inteligencia Emocional en adolescentes sobre factores de riesgo para vivir adicciones y bullying*. UNAM. Los Reyes Iztacala, Estado de México.

Funk M., Saraceno B., Drew N. y Faydi E., (2013). *Integrating mental health into primary healthcare*. *Mental Health in Family Medicine*, 5, 5–8.

Gaete Verónica (2015). *Desarrollo psicosocial del adolescente*. *Revista chilena de pediatría*.86(6):436-443

Giedd JN. *Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain*. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2004;1021:77-85.

González N. y Constantino M.IA. (2009). *Apuntes para repensar la "teoría de la transición epidemiológica" y su importancia para el diseño de políticas públicas*. *Espacios Públicos*, (12) 25, 151-162.

González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G, Barraza-Lloréns M, Porrás-Condey R... Carvalho N (2014). *Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México* *Salud Pública Méx* 2007; Vol. 49(1), 37-52.

Guzmán V. et.al., (2016). *Impacto de las emociones en adolescentes "Bullied" como factor determinante para el cambio de rol en el Bullying*. Los Reyes Iztacala, México.

Hidalgo Vicario María Inés at., (2014). *Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales*. Hospital de Móstoles. Madrid, España.12(1):42-46

Hooper L. M. (2014), *Mental Health Services in Primary Care: Implications for Clinical Mental Health Counselors and Other Mental Health Providers*.

Jara Sara; Dorr Anneliese. *Procesos afectivos*. (Internet). (23 de marzo 2017). Disponible en: https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/apunte-procesos_afectivos.pdf

Jenkins R., Baingana F., Ahmad R. McDaid, D. y Atun R. (2014). *Mental health and the global agenda: core conceptual issues*. *Ment Health Fam Med* 8 (2), 69-82.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



King R. (2002). Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook. 3rd ed. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins. pp. 332- 342.

Lozano, R. et al. (2013). La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Pública de México*, 55(6) 580-594. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10628941005>

Lugo, M. (2013). “Ciclo de debates académicos. Tecnologías y educación”, Documentos de recomendaciones políticas. Unesco.

Lund C., De Silva M., Plagerson S., Cooper S., Chisholm D., Das J., Knapp M. y Patel V. (2014). Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *Lancet*; 378: 1502–14. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60754-X

Medina-Mora M.E., Borges G., Lara C., Benjet C., Blanco J., Fleiz C., Villatoro J., Rojas E. y Zambrano J. (2015). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med*, 35(12), 1773-83.

Morales, E. et al (2014). “Proyecto: Laboratorio de gestión a través del uso de las TIC. Aprobado por el consejo divisional de la división de CsyH de la UAM Cuajimalpa. México: UAM Cuajimalpa.

MORO, A. (2006). Los medios audiovisuales y la educación. Consultado en <http://profes.net>

Nurmi J. Handbook of adolescent psychology. New Jersey: Wiley. Pp. 85

Oliveira-Machado R, Rocha KB, Pizzinato A. y Cé JP. (2013). La percepción de determinantes sociales de la salud en Brasil según usuarios y profesionales: un estudio cualitativo *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31 (1), S160-S169.

Organización Mundial de la Salud (2004). Invertir en Salud Mental. Pág. 25

Organización Mundial de la Salud (2004). Promoción de la Salud Mental: Conceptos, Evidencia emergente y Práctica.

Palacios de Muñoz Hiroshima. La adolescencia. Instituto pedagógico de Caracas. (23 de marzo 2017). Disponible en: http://clasev.net/v2/pluginfile.php/37838/mod_resource/content/1/la-adolescencia.pdf

Patel V. y Saxena S., (2013). Transforming Lives, Enhancing Communities — Innovations in Global Mental Health. *N Engl J Med*; 370 (6), 498-501. doi: 10.1056/NEJMp1315214

Patel V. y Saxena S., (2014). Transforming Lives, Enhancing Communities — Innovations in Global Mental Health. *N Engl J Med*; 370 (6), 498-501. doi: 10.1056/NEJMp1315214



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



Piaget, J. (1998). "La relación desarrollo aprendizaje en las teorías de Jean Piaget y Lev S. Vygostky: un análisis comparativo". Actas del Encuentro Nacional de Educación y Pensamiento. Universidad de Puerto Rico. Vol. V

Prensky, M. (2001). "Nativos digitales, inmigrantes digitales", On the Horizon, vol. 9, mu.6 (diciembre):7.

Radick M, Sherer S, Neistein LS. (2009). Psychosocial Development in Normal Adolescents. En: Neistein LS, ed. Adolescent Health Care: A Practical Guide. 5^a edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Román, P. y Llorente, M (2007). El diseño de vídeos educativos: el vídeo digital. En Cabero, J. y Romero, R. (coordinadores): Diseño y Producción de TIC para la formación. Barcelona: UOC.

Salazar, M. Shirley. 2004.84. Antecedentes de las TIC.

Tapia, PD., Villalobos, MR., Valera, MM., Cadena, J., Ramírez, J. (2013). Adicciones en el adolescente. Prevención y atención desde un enfoque holístico. 2a Ed. México.

Tapia, PD, Bravo, PE., Cadena, AJ., Ostiguín, MR., Ballote, PM. y Villalobos, MR. (2015). La Inteligencia Emocional como estrategia de prevención del Bullying: Programa Multidisciplinario. Paraninfo Digital. IX(22), pp 1-9.

Tapia, D.C., Ostiguín, R.M., Cadena, J.L. y Villalobos, R. (2015). Tipo de "Bullying" más frecuente y percepción de riesgo sobre drogas en estudiantes de primaria, Municipio de Nezahualcóyotl. Paraninfo Digital, IX(22), pp 1-10.

Tapia, PD., Villalobos, MR., Valera, MM., Cadena, AJ., Ramírez, EJ. (2016). Adicciones en el adolescente prevención y atención desde un enfoque holístico. 1a Ed. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Tapia, PD., Villalobos MR., Ostiguín MR. (2017). Inteligencia Emocional y Adolescencia, Estrategias de prevención de conductas de riesgo, UNAM, FESI, México.

Tello, L. E. (2008). " Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y la brecha digital: su impacto en la sociedad de México", (U.O. Cataluña, ed.), Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento, vol.4, núm.2:8.

Toro J.(2010). El adolescente en su mundo. Riesgos problemas y trastornos. 1^a ed. Madrid: Pirámide. P. 33- 41.

Torres de Beá Eulália (2012). Normalidad, psicopatología y tratamiento en niños, adolescentes y familia. Octaedro. 135- 243

Tudge, J. y Winterhoff, P. (1993). Vygotsky, Piaget and Bandura: Perspectives on the Relations between the Social World and Cognitive Development. EUA:



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



University of North Caroline at Greesboro, N.C

Vielma, E. et al., (2000). Aporte de las teorías de Vygotsky, Piaget, Bandura y Bruner. Educere, Artículos, Año 3, N° 9,

Villarine, A. (1998). “Desarrollo Humano y Pensamiento En la Perspectiva de Piaget y Vigostky”. Actas del Encuentro Nacional de Educación y Pensamiento. Universidad de Puerto Rico. Vol. V

Vogel M. E., Malcore, S. A., Ules, R. A. C, y Kirkpatrick, H. A. (2014). Integrated primary care: Why you should care and how to get started. Journal of Mental Health Counseling, (36), 130-144.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



8. Anexos

Consentimiento informado

A quien corresponda.

Yo: _____

Declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio que se realizará por los pasantes de la Licenciatura en enfermería de la FESI cuyo objetivo consisten en mejorar el bienestar emocional para prevenir adicciones y vivencia del Bullying, lograr mayor estabilidad e influir en la salud mental de manera positiva en los alumnos y alumnas de la secundaria.

Estoy consciente de que los procedimientos para lograr el objetivo mencionado consistirán en actividades que no conlleva ningún riesgo.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que yo así lo desee.

Firma del participante

La información obtenida será anónima y no tendrá otro uso más que el de investigación.
En caso de tener dudas acerca del procedimiento o del proyecto, se pueden aclarar en cualquier momento.
La participación en la entrevista es voluntaria.



EVALUE SU INTELIGENCIA EMOCIONAL

Responda a las siguientes preguntas siendo honesto y objetivo acerca de lo que usted sabe actualmente. Escoja alguno enfoque como:

- En el trabajo
- Con la familia
- En una asociación a la que pertenezca

¿Cree usted que hace las siguientes cosas más del 75% del tiempo? Si esta de acuerdo circule "SI".

1. Me doy cuenta cuando empiezo a enojarme o a ser defensivo.	SI
2. Cuando estoy lidiando con el enojo de otros, me mantengo relajado y enfocado en el objetivo.	SI
3. Me mantengo alegre y disfruto trabajar con nuevas ideas.	SI
4. Doy seguimiento a tareas, doy apoyo a otros y establezco confianza.	SI
5. Sin importar problemas y fracasos, continúo trabajando en proyectos tranquilamente.	SI
6. Uso pensamientos positivos cuando estoy en un conflicto o en una situación difícil.	SI
7. Puedo sentir y ver cosas desde otro punto de vista.	SI
8. Antes de tomar decisiones o acciones, escucho las ideas de otros.	SI
9. Cuando me comunico con otros, los ayudo a sentirse mejor.	SI
10. Para resolver problemas, motivo discusiones honestas y respetuosas.	SI
11. Ayudo a personas que tienes diferencias de opinión a llegar a cuerdos.	SI
12. Cuando hago cambios, considero los sentimientos de otros.	SI
13. Me doy cuenta cuando empiezo usar pensamientos negativos.	SI
14. Practicó el manejo de estrés para mantenerme calmado y saludable.	SI
15. Tengo buen sentido del humor.	SI