



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

**LAS HERRAMIENTAS DE INMERSIÓN COMO
ESTRATEGIA EDUCATIVA ACTIVA EN EL FOMENTO
DE FACTORES PROTECTORES EN ADOLESCENTES**

T E S I S

PARA OBTENCIÓN DE TÍTULO

LICENCIADA EN ENFERMERIA

P R E S E N T A:

GOROSTIETA TAPIA EDNA PATRICIA

HERNÁNDEZ CRUZ ALMA BEATRIZ

IBARRA HERNÁNDEZ KARINA

DIRECTORA DE TESIS

DRA. DIANA CECILIA TAPIA PANCARDO

**LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA, ESTADO DE
MÉXICO, 2019**





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS	11
RESUMEN	19
INTRODUCCIÓN	21
JUSTIFICACIÓN	24
PROBLEMATIZACIÓN	28
OBJETIVO GENERAL	31
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
CAPÍTULO I. MARCO REFERENCIAL	32
1. ENFERMERÍA, EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y HERRAMIENTAS DE INMERSIÓN	32
1.1 LOS METAPARADIGMAS EN ENFERMERÍA	32
1.2 LA PERSONA COMO SUJETO INDIVIDUAL Y COLECTIVO	34
1.3 EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y EL ROL DOCENTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	36
1.4 MARCO LEGAL PARA EL EJERCICIO DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA	55
1.5 HERRAMIENTAS DE INMERSIÓN	57
1.6 GRUPOS VULNERABLES	60
1.7 EL ADOLESCENTE: UN ABORDAJE HOLÍSTICO	62
2. EMOCIONES, PERSONALIDAD Y PERCEPCIÓN	90
2.1 EMOCIONES	90
2.2 LA PERSONALIDAD	96
2.3 AUTOESTIMA, AUTOCONCEPTO Y AUTOPERCEPCION EN LOS ADOLESCENTES	101
2.4 FACTOR DE CONTROL INHIBITORIO	105
3. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN ADOLESCENTES	107
3.1 FACTORES PROTECTORES	107
3.2 INTELIGENCIA EMOCIONAL	114
3.3 RESILIENCIA	120
3.4 AUTOESTIMA	122
4. CONDUCTAS DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA	127



4.1 ¿QUÉ ES UNA CONDUCTA DE RIESGO?	127
4.2 VIOLENCIA.....	130
4.3 BULLYING	144
4.4 EMBARAZO PRECOZ.....	156
4.5 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	163
4.6 ACCIDENTES.....	175
4.7 SUICIDIO.....	181
4.8 DEPRESIÓN.....	192
4.9 ADICCIONES	200
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA	235
1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	235
2. MÉTODO	235
3. INFORMANTES.....	236
3.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN:.....	236
4. PROCEDIMIENTO.....	237
4.1 ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	238
4.2 ANÁLISIS DE DATOS	239
5. RECURSOS Y APOYO LOGÍSTICO	240
5.1 ESCENARIO:.....	240
5.2 RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS	241
CAPÍTULO III. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	242
1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	242
2. RIGOR METODOLÓGICO.....	243
3. CARACTERÍSTICAS DE LOS INFORMANTES	244
CAPÍTULO IV. HALLAZGOS	245
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN.....	257
CAPÍTULO VI. CONCLUSIÓN.....	271
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	274
ANEXOS	285
A. CARTA CONSENTIMIENTO.....	285
B. EVIDENCIAS	288



ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
FIG. 1 TIPOS DE APRENDIZAJE.....	41
FIG. 2 MODELOS DE PENSAMIENTO DE NED HERRMANN.....	42
FIG. 3 RELACIÓN ENTRE LOS CUADRANTES CEREBRALES DE HERRMANN Y VOCACIÓN.....	43
FIG. 4 FASES DE APRENDIZAJE SEGÚN KOLB.....	46
FIG. 5 SISTEMA DE REPRESENTACIÓN VISUAL SEGÚN BANDLER Y GRINDER.....	48
FIG. 6 SISTEMA DE REPRESENTACIÓN AUDITIVO SEGÚN BANDLER Y GRINDER.....	49
FIG. 7 SISTEMA DE REPRESENTACIÓN KINESTÉSICO SEGÚN BANDLER Y GRINDER.....	50
FIG. 8 ACTIVIDADES SEGÚN EL SISTEMA DE REPRESENTACIÓN PREDOMINANTE BANDLER Y GRINDER.....	51
FIG. 9 MODELO DE LOS HEMISFERIOS CEREBRALES.....	52
FIG. 10 ALUSIÓN A MODELO DE HEMISFERIOS CEREBRALES.....	53
FIG. 11 CLASIFICACIÓN DE GRUPOS VULNERABLES.....	61
FIG. 12 SUB - ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA.....	63
FIG. 13 EL CEREBRO ADOLESCENTE.....	67
FIG. 14 ESTRUCTURAS CEREBRALES PRESENTES EN LA MADURACIÓN DEL SISTEMA LÍMBICO.....	68



	Página
FIG. 15	TIPOS DE FAMILIAS.....75
FIG. 16	ESTILOS DE CRIANZA.....80
FIG. 17	CARACTERÍSTICAS DE ESTILOS DE DISCIPLINA APLICADA EN LA CRIANZA.....80
FIG. 18	INFOGRAFÍA DE ESTILOS DE CRIANZA.....81
FIG. 19	VENTAJAS DE RELACIONES SOCIALES EN EL ADOLESCENTE.....83
FIG. 20	ELEMENTOS DE LA PERSONALIDAD.....84
FIG. 21	EMOCIONES BÁSICAS Y SUS TÉRMINOS ASOCIADOS.....95
FIG. 22	SÍNTESIS DE FUNCIONES QUE CUMPLEN LAS EMOCIONES SEGÚN REEVE.....96
FIG. 23	COMPONENTES DE LA PERSONALIDAD.....97
FIG. 24	PICTOGRAMA TEORÍA DE LOS 4 HUMORES.....99
FIG. 25	DESCRIPCIÓN EN LA TEORÍA DE LOS 4 HUMORES.....100
FIG. 26	CARACTERÍSTICAS DE APLICACIÓN DE INTELIGENCIA EMOCIONAL.....117
FIG. 27	ESFERAS EN LA INTELIGENCIA EMOCIONAL SEGÚN SALOVEY.....118
FIG. 28	LA JERARQUÍA DE LAS NECESIDADES HUMANAS.....123



	Página
FIG. 29	COMPONENTES DE AUTOESTIMA.....125
FIG. 30	NIVEL DE AUTOESTIMA ALTA.....125
FIG. 31	NIVEL MEDIO DE AUTOESTIMA.....125
FIG. 32	AUTOESTIMA BAJA.....126
FIG. 33	ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA Y CONDUCTAS DE RIESGO.....128
FIG. 34	ADOLESCENTES Y AGRESIÓN FÍSICA.....132
FIG. 35	VIOLENCIA PSICOLÓGICA EN LA ADOLESCENCIA.....133
FIG. 36	ADOLESCENTE EJERCIENDO VIOLENCIA DE GÉNERO HACIA UNA ADOLESCENTE MUJER.....134
FIG. 37	EJEMPLIFICACIÓN GENERAL DE VIOLENCIA SEXUAL.....135
FIG. 38	NIÑOS Y NIÑAS EN SITUACIÓN DE ABANDONO.....136
FIG. 39	EJEMPLIFICACIÓN DE VIOLENCIA ECONÓMICA O PATRIMONIAL.....137
FIG. 40	CONSECUENCIAS DE DESCUIDO DE MENORES.....142
FIG. 41	ENCUESTA DE COHESIÓN SOCIAL PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA Y LA DELINCUENCIA (ECOPRED).....145
FIG. 42	ELEMENTOS DE BULLYING.....149
FIG. 43	ESTUDIANTES SIENDO VIOLENTADOS.....149
FIG. 44	BULLYING EN ENTORNO ESCOLAR.....150



FIG. 45	SITUACIÓN DONDE SE PUEDE OBSERVAR A LA VÍCTIMA, AGRESOR, Y A LOS OBSERVADORES DEL BULLYING.....	151
FIG. 46	CONSECUENCIAS VÍCTIMA BULLYING.....	153
FIG. 47	CONSECUENCIAS AGRESOR.....	154
FIG. 48	CONSECUENCIAS ESPECTADOR.....	154
FIG. 49	ADOLESCENTE EMBARAZADA.....	162
FIG. 50	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE LAS VULVOVAGINITIS INFECCIOSAS.....	166
FIG. 51	EJEMPLIFICACIÓN DE CANDIDIASIS EN EL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO Y MASCULINO.....	167
FIG. 52	CICLO BIOLÓGICO DE TRICHOMONAS VAGINALIS.....	168
FIG. 53	ESTADÍSTICAS DE CASOS DE VIH EN MÉXICO Y EN EL MUNDO.....	169
FIG. 54	HERPES LABIAL CON HERPES SIMPLE – 1, VHS TIPO 2 EN GENITALES MASCULINOS Y EN GENITALES FEMENINOS.....	171
FIG. 55	CHANCRO SIFILÍTICO.....	172
FIG. 56	CONSECUENCIAS DE LA INFECCIÓN POR VPH.....	174
FIG. 57	DATOS ESTADÍSTICOS DEL INSTITUTO MEXIQUENSE DE LA JUVENTUD. ENCUESTA ESTATAL DE JUVENTUD 2013-2014.....	204



FIG. 58	DATOS ESTADÍSTICOS DEL INSTITUTO MEXIQUENSE DE LA JUVENTUD. ENCUESTA ESTATAL DE JUVENTUD 2013-2014.....	205
FIG. 59	TIPOS DE CONSUMIDORES.....	208
FIG. 60	EVALUACIÓN POSIT.....	228
FIG. 61	FLUJOGRAMA TOMADO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y CONSEJERÍA EN ADICCIONES PARA ADOLESCENTES Y ADULTOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.....	234
FIG. 62	CROQUIS DE LA ESCUELA SECUNDARIA FEDERALIZADA TELPUCHCALLI.....	240

ANEXOS

FIG. I	PRESENTACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	288
FIG. II	DÍA 1. ACTIVIDAD DE CIEN PIES.....	288
FIG. III	DÍA 1. ACTIVIDAD DE CIEN PIES.....	289
FIG. IV	DÍA 2. ELABORACIÓN DE FRASCOS DE EMOCIONES.....	289
FIG. V	DÍA 2. ELABORACIÓN DE FRASCOS DE EMOCIONES.....	290
FIG. VI	DÍA 3. ACTIVIDAD DE PALETA.....	290
FIG. VII	DÍA 4. CONCURSO DE FLORES.....	291



ÍNDICE DE TABLAS

	Página
TABLA 1. CINCO ESTILOS DE APRENDIZAJE SEGÚN EL MODELO DE FELDER Y SILVERMAN.....	45
TABLA 2. INTELIGENCIAS MÚLTIPLES SEGÚN GARDNER.....	55
TABLA 3. CARACTERÍSTICAS DE DESARROLLO EN SUB ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA.....	64
TABLA 4. PROMEDIO APROXIMADO Y APARICIÓN DE LOS CARACTERES SEXUALES EN AMBOS SEXOS.....	66
TABLA 5. CLASIFICACIÓN DE LA DIVERSIDAD FAMILIAR.....	75
TABLA 6. INTELIGENCIA EMOCIONAL POR DIMENSIONES.....	116
TABLA 7. INTELIGENCIA PERSONAL.....	120
TABLA 8. INTELIGENCIA INTERPERSONAL.....	120
TABLA 9. PROGRAMAS DESARROLLO ADOLESCENCIA.....	139
TABLA 10. ÁREAS FRECUENTES DE ACCIDENTES.....	178
TABLA 11. FACTORES RIESGO PERSONAL EN ADOLESCENCIA.....	179
TABLA 12. FACTORES RIESGO FAMILIAR EN ADOLESCENCIA.....	179
TABLA 13. FACTORES PERSONALES, FAMILIARES Y SOCIALES QUE CAUSANTES DE ACCIDENTES.....	180
TABLA 14. RELACIÓN ENTRE PENSAMIENTOS Y SENTIMIENTOS DEL SUICIDA.....	186



	Página
TABLA 15. FICCIÓN VS REALIDAD DEL SUICIDIO.....	187
TABLA 16. RIESGOS DE SUICIDIO.....	190
TABLA 17. RECOMENDACIONES AL IDENTIFICAR SUICIDA POTENCIAL.....	191
TABLA 18. CLASIFICACIÓN DE DEPRESIÓN SEGÚN OMS.....	195
TABLA 19. SUBTIPOS DE DEPRESIÓN.....	196
TABLA 20. TIPOS DE DEPRESIÓN Y SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA.....	196
TABLA 21. FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN.....	199
TABLA 22. CLASIFICACIÓN JURÍDICA DE LAS DROGAS.....	211
TABLA 23. DROGAS SEGÚN SUS EFECTOS.....	212
TABLA 24. CLASIFICACIÓN DROGAS SEGÚN CAPACIDAD ADICTIVA.....	213
TABLA 25. CLASIFICACIÓN DROGAS.....	214
TABLA 26. ALCOHOL.....	216
TABLA 27. TABACO.....	218
TABLA 28. BARBITÚRICOS.....	219
TABLA 29. INHALANTES.....	220
TABLA 30. OPIÁCEOS.....	221
TABLA 31. ANFETAMINAS.....	222
TABLA 32. COCAÍNA.....	224



	Página
TABLA 33. ALUCINÓGENOS.....	224
TABLA 34. CANNABIS.....	226
TABLA 35. RIESGOS A ALCOHOLISMO.....	232
TABLA 36. RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS UTILIZADOS EN LA PRESENTE INVESTIGACIÓN.....	241
TABLA 37. SEUDÓNIMOS DE LOS INFORMANTES.....	244
TABLA 38. RESULTADOS DE LA PRIMERA HERRAMIENTA DE INMERSIÓN, DÓNDE SE DESGLOSAN LAS PRIMERAS TRES CATEGORÍAS Y SUS SUBCATEGORÍAS.....	249
TABLA 39. RESULTADOS DE OTRA HERRAMIENTA DE INMERSIÓN, DE DONDE SE LOGRARON DESGLOSAR OTRAS DOS CATEGORÍAS.....	256



AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

...Y es que la vida, nos da todo. “No hay luz sin oscuridad”, los grandes desafíos son pruebas que al final, nos hacen más fuertes, más valientes. Le agradezco a las adversidades y al cúmulo de mis buenas y malas decisiones que hoy me han dado la oportunidad de tocar muchas vidas, en el ejercicio multidisciplinario de esta noble profesión que es la Enfermería. Vidas que, como la mía, tienen mucho por darse a sí mismas y a los demás, “quien no vive para servir, no sirve para vivir” Agradezco a mi Madre, que confió en mí y me brindó su apoyo hasta el final; por permitirme ser protagonista de mi propia vida, para aprender de mis actos, de mis errores. Tengo un gran motor, gracias Alan, por ser ese elemento vital que se convirtió en extensión de mí, parte fundamental de mi crecimiento y motivación para ser mejor ejemplo, mejor persona. A mis hermanas, con quienes crecí, mis cómplices y compañeras de vida, el mejor regalo que mis padres me pudieron dar, a ti Doctora Diana, por brindarme la oportunidad de pertenecer, de crecer y encontrar en los escombros de mi mente fortalezas.

Renata, Roxx: Agradezco cada segundo le proporcionen significado a la palabra AMIGA, “Uno encuentra a las amigas, cuando aprende a ser una...”

Y a ti, mi hermosa UNAM, que me has dado todo, a quien quiero retribuirlo en tu nombre y en favor de la humanidad... JCRCH; existe una marcada diferencia en mí, después de ti. Indiscutiblemente, me faltarían páginas para mencionar a cada persona que influyó en mí, e influirá en mí, en mi perspectiva de ver la vida. Por existir y haber tocado mi vida o acompañarme en el proceso de vivirla.

Al presente, pasado y al porvenir

GRACIAS

Lo que logres de pie... Agradécelo de rodillas

Con amor. **EDNA**



Todo lo plasmado aquí va con mucho cariño y amor para mis seres queridos, porque todos han formado parte importante en mi vida y este es un modo de darles las gracias a todos ustedes y darle gracias a la vida, porque he tenido la dicha de poder soñar y volver realidad mis sueños, que, aunque hay veces que me he sentido desmotivada o triste nunca los he abandonado y las personas que menciono siempre han estado a lado de mi cuando los necesito. Por ello, comienzo a dedicarles uno por uno esta tesis:

A mis padres les doy las gracias infinitamente por apoyarme siempre a lo largo de mi vida, por ser los mejores padres, porque gracias a su educación y sus consejos he llegado hasta donde estoy. Siempre los apoyare como ustedes lo han hecho por mí. Dedicada a mi mamá Mariana Cruz por ser la mejor madre, consejera, amiga, confidente, no me pudiste haber educado mejor, siempre me has apoyado y creído en mí, me animas y me haces la hija más feliz. Sabes que te admiro, y mi sueño también es verte feliz contigo misma y en lo que hagas. A mi papá Cristóbal Hernández por ser el mejor papá, por apoyarme en todo, por ser el papá más fuerte, trabajador e inteligente, me siento muy orgullosa de tener un papá como lo eres tú. Así mismo mi sueño también es verte feliz en tu vida y contigo. Recuerdo que los dos me decían que mi hermano y yo debíamos llegar más lejos que ustedes, creo que lo hemos logrado, aunque ¡esto no se queda aquí!, seguiré siempre luchando por mis sueños.

Gracias a mi hermanito Edgar (Osito) por ser el mejor amiguito y hermanito, desde que era pequeña eres una personita que admiro y amo mucho, porque eres un motor de felicidad en mi vida, por ti quise crecer más como persona. Y sé, que tú eres muy listo, inteligente y que, si luchas por tus sueños con todo el corazón, podrás lograr todo lo que te propongas. Nunca te dejes vencer por nada ni nadie, eres grande y poderoso. Tu hermanita siempre te va apoyar y siempre estaré en las buenas y en las malas contigo ¡te amo osito!

Agradezco a Carlillos, por ser el mejor amigo que he tenido y me has apoyado en las buenas y en las malas desde que nos conocimos, porque los dos hemos



logrado paso a paso nuestras metas llevándonos siempre de la mano. Gracias por confiar en la Fli y sacar lo mejor de mí. Pase lo que pase, mi sueño es verte feliz y saber que vas creciendo como persona, como profesionista, deportista y muchas cosas más. Te admiro mucho mi Miau, porque me enseñaste a ya no decir “no puedo” porque me enseñas todo lo que sabes y has sacado miles de sonrisas mías, eres grande, te dedico estas frases, ya sabrás de quien es:

“No cometer el crimen de no hacer lo que un día quisimos”.
“Te has dado cuenta que lo hermoso es invisible, que a veces cada día se oxida por inservible, que tu futuro esta tumbado junto a tu cama, que el sacrificio hoy, te hará ganar mañana” “No vivas, ni ames, ni hables si vas a serlo sin alma”

Casi por concluir, me complace decir que también les doy las gracias a todas mis compañeras de servicio, porque son unas grandes personas que admiro, agradezco a mis compañeras de tesis, que son unas maravillosas personas. Les deseo lo mejor niñas y les deseo lo mejor en su vida y en nuestra profesión que es una de las más bellas.

Finalmente, a la Doctora Diana Tapia por apoyarnos en este proceso, pues creo que es una persona muy amorosa y cálida, nos ha apoyado siempre y creo que no me pudo haber tocado mejor asesora que usted, eternamente gracias, la admiro muchísimo.

Agradezco a la beca otorgada por el PAPIME 301118, que fue un apoyo durante este proceso.

Alma Beatriz Hernández Cruz



Para Dios: Muchas gracias a ti Papá Dios, primero que nada por brindarme la dicha más hermosa de este mundo “LA VIDA”, gracias por ser quién soy y por haber llegado hasta donde estoy hoy en estos momentos realmente sin ti no sería nada, gracias también por nunca abandonarme por confiar, creer en mí e iluminarme cuando las cosas están mal o estoy cometiendo un error, gracias por poner personas maravillosas a mi lado las cuales quiero, admiro y adoro con toda mi alma, gracias por amar tanto a tu hija con virtudes y defectos pero me amas... y hoy quiero decirte gracias Dios por ser quién soy Te amo por siempre y para siempre.

Para mi hijo Diego: Para ti mi razón de ser, este esfuerzo va dedicado para ti mi bebé hermoso, que a tu corta edad me has enseñado que eres un guerrero, que eres mi súper héroe, doy gracias a Dios por haberme elegido como tu mamá, día con día me enseñas una gran lección de vida, nunca te das por vencido aunque las circunstancias no sean favorables, admiro tus ganas de vivir mi querido hijo, créeme que tengo mucho que aprender de ti y quiero que en un futuro y cuando crezcas luches siempre por lo que quieres así como lo has hecho desde que naciste mi bebé, lucha por tus sueños, por tus ilusiones, por cada meta que te propongas, quiero que sepas también que nada en esta vida es fácil ni color de rosa, todo sacrificio, constancia y perseverancia da grandes resultados, en la vida todos tenemos errores nadie es perfecto e inclusive malos pensamientos que invaden tu mente pero así mismo nunca pierdas el objetivo, la vida también te pone a personas maravillosas que siempre te extenderán la mano para caminar con ellas y que te brindarán su apoyo incondicional... Gracias por ser mi inspiración mi bebé hermoso, eres mi tesoro Diego Leonel y esto va por nosotros...Te amo y estoy orgullosa de ti...

Para mis padres y mi hermanita Lesly: Para ustedes papá, mamá y hermana; gracias por ser mi familia, por amarme incondicionalmente, por haberme llenado de amor, por hacerme hoy por hoy una mujer de bien, con nobles sentimientos, luchona, trabajadora, y con valores determinantes, llena de amor para dar y



recibir...Hermana eres mi mejor amiga, eres la persona que más amo tú siempre apoyándome, escuchándome sin juzgar, haciéndome reír cuando estaba triste y sentía que ya no podía más, gracias. Este triunfo es de ustedes también, este esfuerzo es de ambos, y se los debo, gracias por su apoyo, gracias por todo... los amo tanto y son el pilar fundamental en mí vida, los amo y jamás me cansaré de decirlo y arriba la Familia Ibarra Hernández. Esto dedicado para ustedes.

Para mis compañeras del servicio social:

Fer. Gracias por siempre apoyarme amiga, por estar al pendiente de mí, por tanto, detalle que tuviste conmigo, te respeto eres una gran mujer que le caracteriza tanta Fortaleza te quiero mucho.

Betty. Mi gimnasta favorita, a ti mi niña te debo tanto, una amiga incondicional, una compañera entrañable, siempre apoyándome, escuchándome, llenando mi vida de tanta dulzura y ternura, Betty quiero decirte que tienes mi admiración eres una chica constante y perseverante, te quiero demasiado.

Ed. La mejor capitana al mando, sabes cómo manejar un equipo y mantenerlo unido, te admiro porque sabes lo que quieres, y hacia dónde dirigirte. Una mujer, madre y estudiante a la vez es digno de aplaudir, eres una guerrera. Gracias por tu apoyo infinito. Te quiero mucho.

Dianita. Eres una gran personita, maravillosa en todos los aspectos, capaz e inteligente que detrás de esa personalidad fuerte hay un corazón noble, bondadoso y solidario. Déjame decirte que tienes una hermosa familia que te ha enseñado a luchar día con día. Te quiero muchísimo. Gracias por brindarme tus cálidas palabras siempre, gracias amiga.

Yuriko. Una gran chica, estupenda amiga y maravillosa enfermera. Fue un placer conocerte. Tu apoyo fue incondicional en este gran equipo que conformamos.

Marisol. Madre, trabajadora y una enfermera con increíbles sentimientos, te aprecio mucho y mi más grande respeto para ti, gran colega y maravillosa



profesionista. Te quiero mucho, gracias por compartir cada momento con este tu equipo. Gracias

Gracias chicas por brindarme su amistad, ser mis ángeles y mis guías.

Maestra Diana Tapia:

Gracias por todo, con el corazón en la mano gracias y que Dios la bendiga, con respeto y admiración puedo decir que es usted la mejor maestra, enfermera y doctora que he conocido en mí vida, no había sabido de personas que se preocuparan tanto por sus alumnos, que los instruyeran tanto en lo profesional como en lo emocional y personal, pocos son los maestros que nos guían para no perder nuestro objetivo y usted siempre lo hizo, gracias por confiar en todas nosotras, por confiar y no perder la fe en mí, es maestra, amiga, nuestra asesora y nuestro ángel de la guarda que nunca nos deja y siempre tiene un ¿cómo están?, Un buenos días chicas, una sonrisa, un consejo, un regaño si es que lo amerita, gracias por su entrega, por las enseñanzas que nos brindó y por los aprendizajes que se quedan en nuestra mente y en nuestro corazón. La quiero mucho. Este esfuerzo va por usted. Gracias por todo.

Para mis suegros y Pedro:

Dicen que en la vida hay que agradecer a las personas que siempre te apoyaron y pese a cualquier circunstancia valorar lo que hicieron por ti, y es de sabios aprender a perdonar y dar las gracias. Hoy por hoy les doy las gracias a ustedes porque forman parte de este gran esfuerzo, a ti Pedro por compartir cada momento a mi lado, gracias porque lo mejor que pudimos haber procreado fue nuestro hijo y para ambos es nuestro mayor orgullo y nuestra felicidad, gracias por todo tu apoyo, porque cuando más lo necesite estuviste ahí incondicional conmigo, de todo corazón gracias por todo.

Para ustedes suegros señora Lilia y señor José mi más grande respeto y admiración, fueron como mis segundos padres y estuvieron al pendiente de mis



sueños, de mis metas y no me abandonaron pese a cualquier problema porque querían verme crecer, porque se preocuparon si llevaba para mis pasajes para ir a la escuela, si llevaba mi desayuno para que no me malpasara, y de cómo me había ido en la escuela... Gracias porque este triunfo, este éxito se los debo y va por ustedes. Que Dios los bendiga hoy y siempre.

Dedicado a todos ustedes, con cariño

Atte. Karina Ibarra Hernández.



-
- *Si una persona vive criticada, aprende a criticar.*
 - *Si una persona vive con hostilidad, aprende a pelear.*
 - *Si una persona vive avergonzada, aprende a sentirse culpable.*
 - *Si una persona vive con tolerancia, aprende a ser tolerante.*
 - *Si una persona vive con estímulo, aprende a confiar.*
 - *Si una persona vive apreciada, aprende a apreciar.*
 - *Si una persona vive con equidad, aprende a ser justa.*
 - *Si una persona vive con seguridad, aprende a tener fe.*
 - *Si una persona vive con aprobación, aprende a quererse.*
 - *Si una persona vive con aceptación y amistad, aprende a hallar amor en el mundo.*

En definitiva, las personas aprendemos lo que vivimos o nos dejan vivir



RESUMEN

Introducción: La era digital tiene cautiva a los adolescentes, dando la oportunidad a emplear esta estrategia en la prevención de conductas no saludables, brindándole la información, motivación y atención que requiere para mejorar su salud mental.¹ Existen diversos factores que pueden condicionar a los adolescentes a iniciarse en conductas de riesgo tales como son las relaciones sexuales sin protección, conductas delictivas, violencia, deserción escolar, suicidio, desórdenes alimenticios, etc^{2,3}.

Objetivo: Analizar la utilidad del uso de herramientas de inmersión como estrategia educativa activa en el fomento de factores protectores contra conductas de riesgo en adolescentes.

Método: Investigación cualitativa con método fenomenológico, los informantes fueron 20 adolescentes, se trabajó en grupos de 5 integrantes un programa para la prevención de las adicciones en adolescentes, por 6 días, con duración de 180 minutos cada sesión, se presentaron videos en diferentes circunstancias, se realizaron dinámicas, la información fue recogida por medio de entrevistas y grabaciones. El análisis de los datos fue cualitativo con el método propuesto por Souza Minayo. Se presentó consentimiento informado a los informantes y a sus padres.

Resultados: Posterior al análisis de la información emergieron las siguientes categorías: Categoría 1 Identificación de factores de riesgo para el consumo de sustancias en el adolescente, subcategoría 1.1 Iniciación del adolescente en el consumo de drogas motivado por la familia.

Categoría 2 Identificación de factores de protección en la familia para evitar el consumo de sustancias por el adolescente, subcategoría 2.1 Identifican consumo o dependencia a sustancias dentro de su entorno social.



Categoría 3 Percepción de riesgo en el adolescente ante el consumo de sustancias, subcategoría 3.1 Baja percepción de riesgo hacia consumo de sustancias.

Categoría 4 Inteligencia emocional ante eventos desafortunados, Subcategorías 4.1 Identificación de emociones propias, 4.2 Identificación de la importancia de la inteligencia emocional en la toma de decisiones

Categoría 5 Fomento de factores protectores contra conductas de riesgo en adolescentes.

Conclusiones: Las herramientas de inmersión favorecen la reflexión, permite al adolescente desenvolverse con normalidad en un entorno social habitual, le ayuda a la autocrítica, regula su conducta, permite la identificación y el control de la emoción, favorece la toma de decisiones asertivas, disminuye las conductas pasivas y agresivas. **Agradecemos a la beca otorgada por el PAPIME 301118**



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tuvo por objetivo analizar la utilidad del uso de herramientas de inmersión como estrategia educativa activa en el fomento de factores protectores contra conductas de riesgo en adolescentes, por lo que en su contenido hace énfasis en aquellas conductas de riesgo a las cuales está expuesto el adolescente, ya que es una etapa marcada por una mayor autonomía e independencia de los adultos y del entorno familiar, lo que puede llevar a la adopción de conductas de riesgo, entendidas como aquellas que son potencialmente dañinas o nocivas para su salud física y mental, como puede ser el consumo excesivo de alcohol o tabaco; el abuso de drogas ilegales, como marihuana, cocaína y otras; violencia, bullying, embarazo precoz, infecciones de transmisión sexual, accidentes; el aislamiento, incomunicación desánimo, o inclusive suicidio etc. Existen diversos factores que pueden condicionar a los jóvenes a iniciarse en conductas dañinas, entre ellos se encuentran su baja percepción de riesgos, sentimientos de invulnerabilidad, impulsividad, curiosidad, necesidad de pertenencia a un grupo e incluso la influencia de amistades cercanas o el consumo de sustancias por parte de los familiares.

La presente tesis desarrolla en el capítulo I el marco referencial, como primer tema se aborda el meta paradigma de enfermería, educación para la salud en atención a que grupos vulnerables, herramientas de inmersión y marco legal que norma el ejercicio del profesional de enfermería dentro del cual se habló de lo que es la Enfermería, el meta paradigma, donde se encuentran los conceptos de persona, entorno, cuidado y salud. De la misma manera se va desarrollando en este tema, con el subtema de la educación para la salud y el rol docente del profesional en enfermería, debido a que lo que se realizó en el presente trabajo es un trabajo del tipo preventivo en enfermería dentro del cual incluye la docencia, recordamos los conceptos, además de ver cuáles son las actividades a realizar en estas. Pasando a conocer más en la parte de educación continuamos con Modelos y Estilos de aprendizaje pues estos son la forma consistente en que los estudiantes



responden o utilizan los estímulos en el torno del aprendizaje, y de esta manera lograr mejores resultados de las herramientas de inmersión; analizamos diversos modelos y teorías de aprendizaje. Y en este primer tema hablamos también del marco legal para el ejercicio de la práctica de enfermería, en este se abordaron diversas Normas Oficiales Mexicanas, como es el caso de la PROY-NOM-019-SSA3-2012, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud; NOM-009-SSA2-2013, Promoción de la salud escolar; PROY-NOM-031-SSA2-2014, Para la atención a la salud de la infancia; NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, entre otras. Se desarrolla el tema de herramientas de Inmersión, el cual es una de las bases principales de esta tesis, se resalta el empleo de instrumentos psicoeducativos que promueven la salud mental y física, pueden ser visuales, audio visual, etc. Dando paso al tema titulado “El adolescente un abordaje holístico” aquí se describe cada una de sus esferas biopsicosociales por edades, “El cerebro adolescente”, el cual sufre importantes cambios de maduración que emerge en un proceso PODA de sinapsis corticales y hay reducción de materia gris, junto con aumento de mielinización. En otra esfera se habló acerca de la “Adolescencia y su entorno familiar” el cual es una de los aspectos que más influye en el desarrollo del adolescente pues de aquí dependen muchas de las actitudes que el adolescente tenga en su desarrollo, es justamente lo que hace que al paso del tiempo el adolescente cree su propia percepción cómo persona, para el desarrollo del adolescente existen distintas “Teorías del desarrollo del adolescente” las cuales explicamos algunas como es el caso de la teoría de Erikson quien se centra su análisis en el concepto de identidad, Bandura que su análisis es de interacciones recíprocas de las personas con el medio, el refuerzo vicario dónde influye la observación para comprender el bien o el mal desenlace que lleva una acción, entre otras teorías.

El tercer tema titulado “Emociones, personalidad, percepción y autoestima del adolescente” desarrolla los conceptos de emoción, las 6 emociones según Paúl



Ekman las cuales son el miedo, la tristeza, la alegría, la ira, el asco y la sorpresa, se habla de la función de estas, como es el caso de la función adaptativa, la social y la motivacional. Así mismo también se revisó el subtema de “La personalidad” pues esta es la diferencia individual que distingue a una persona de otra y es la más fuerte influencia en las acciones y consecuencias de los adolescentes. También hablamos acerca de las “Teorías de la personalidad” como lo es el caso de la teoría de los cuatro humores, abordamos la Autoestima, el Autoconcepto y la autopercepción en los adolescentes que apenas están descubriendo que pueden hacer cosas con más raciocinio, pero aun no controlan emociones, personalidad, y desconocen cómo son ellos mismos.

Se aborda el tema “Resolución de problemas en adolescentes”, “factores protectores”, ya que estos son los que se impulsaron a lo largo de la tesis, mediante las herramientas de inmersión, fomentando la “Inteligencia Emocional”, pues es una parte fundamental en la vida, la inteligencia emocional es un potencial biopsicosocial para procesar la información generada en el contexto sociocultural para resolver problemas, la inteligencia emocional comprende destrezas personales basadas en la autoafirmación propia, el conocimiento, identificación y gestión de las sensaciones, sentimientos, emociones y pensamientos que experimentan para ejecutarlos en el entorno y ámbito social como función adaptativa al medio a través de respuestas de afrontamiento a la adversidad asertivas, como profesionales del área de la salud se pueden realizar una diversidad de intervenciones para prevenir conductas de riesgo. En los siguientes capítulos se presenta el abordaje metodológico, los hallazgos, análisis y las conclusiones en donde se resalta que las herramientas de inmersión favorecen la reflexión, permiten al adolescente desenvolverse con normalidad en un entorno social habitual, le ayuda a la autocrítica, a regular su conducta, permiten la identificación y el control de la emoción, favorecen la toma de decisiones asertivas, disminuyendo las conductas pasivas y agresivas.



JUSTIFICACIÓN

Hay múltiples factores determinantes de la salud mental del adolescente en cualquier momento. Cuantos más sean los factores de riesgo a los que estén expuestos los adolescentes, mayores serán las posibles repercusiones en su salud mental. Entre los factores que pueden contribuir al estrés durante la adolescencia están el deseo de una mayor autonomía, la presión para amoldarse a los compañeros, la construcción de su propia identidad y las influencias de los medios sociales, la exploración de la identidad sexual y un mayor acceso y uso de la tecnología. La influencia de los medios y las normas de género pueden exacerbar la disparidad entre la realidad vivida por el adolescente y sus percepciones o aspiraciones para el futuro. Otros determinantes importantes de la salud mental de los adolescentes son la calidad de su vida hogareña y sus relaciones con sus pares. La violencia (incluidos los malos tratos y la intimidación) y los problemas socioeconómicos son riesgos reconocidos para la salud mental. Los niños y adolescentes son especialmente vulnerables a la violencia sexual, que tiene claros efectos perjudiciales en la salud mental. Algunos adolescentes corren un mayor riesgo de tener problemas de salud mental por sus condiciones de vida, estigmatización, discriminación, exclusión, o falta de acceso a servicios y apoyo de calidad, entre ellos se encuentran los adolescentes que viven en entornos frágiles o con crisis humanitarias; los adolescentes con enfermedades crónicas, trastornos del espectro autista, discapacidad intelectual u otras afecciones neurológicas; las adolescentes embarazadas y los padres adolescentes o con matrimonios precoces y/o forzados; los huérfanos y los adolescentes de minorías étnicas, con antecedentes sexuales o de otros grupos discriminados. Por otra parte, los adolescentes con problemas de salud mental son particularmente vulnerables a la exclusión social, la discriminación, la estigmatización (que afecta la disposición a buscar ayuda), las dificultades educativas, los comportamientos arriesgados, la mala salud física y las violaciones de los derechos humanos (OMS, 2018).



«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS, 2018). Es una condición de armonía, equilibrio funcional, físico y psíquico, del individuo dinámicamente integrado en su medio ambiente natural y social; A manera de vivir cada vez más autónoma, solidaria y feliz. Dentro de esta definición tan general sobre el estado de salud, podemos encontrar a la salud mental, la cual se comprende como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2013).

De acuerdo con el órgano informativo del Instituto de Investigaciones Biomédicas de la UNAM, “las enfermedades mentales son desórdenes en el cerebro que alteran la manera de pensar y de sentir de la persona afectada, al igual que su estado de ánimo y su habilidad de relacionarse e identificarse con otros. Son causadas por desórdenes químicos en el cerebro, las cuales pueden afectar a personas de cualquier edad, raza, religión o situación económica” (UNAM, 2004).

Si bien los trastornos mentales afectan a personas de cualquier edad, raza, religión o situación económica, existen factores biológicos, o psicosociales que pueden desencadenar la aparición de los mismos. Los factores psicosociales pueden estar relacionados con la historia personal y particularmente con las experiencias tempranas en la vida, que hacen más vulnerables a los individuos a sufrir enfermedades mentales (INMUJERES, 2006).

Los niños y los adolescentes no están exentos de sufrir trastornos mentales. Algunos de los más frecuentes, según la Red de Ciudadanos para la Salud Mental de Estados Unidos, son: trastorno de ansiedad, deficiencia de atención y de conducta, desorden en la alimentación y depresión (UNAM, 2004). Es necesario iniciar acciones de prevención de trastornos mentales desde el nacimiento. El documento de la OMS 2004 establece medidas como las visitas de enfermeras y de agentes comunitarios a las madres embarazadas y después del nacimiento, a



fin de prevenir el cuidado inadecuado del niño, el abuso, problemas psicológicos y conductuales en los niños y la depresión posparto en las madres (INMUJERES, 2006).

A continuación, se expondrán datos estadísticos que confirman la importancia de considerar las conductas de riesgo como parte del bienestar de los adolescentes y elementos teóricos a la base, tanto para ampliar la mirada del equipo de salud, como para las posibles acciones a realizar:

El consumo de drogas ilegales entre adolescentes en México se duplicó de 2011 a 2016, al pasar del 2,9 a 6,2 por ciento en 2016, según los resultados de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (ENCODAT), entre las mujeres de 12 a 17 años el incremento fue del 205 % respecto a 2011; El sondeo, que recoge la opinión de 56.877 personas en zonas rurales y urbanas del país, entre ellos 12.440 adolescentes, muestra un aumento del consumo excesivo de alcohol, que pasó de 12,3 % de 2011 a 19,8 % en 2016. En el caso de los menores de edad se duplicó, al pasar de 4,3 % en 2011 a 8,3 % en 2016 (Gómez, 2017).

La ENCODAT 2016, también detalla un dato interesante: la mayoría de los niños y adolescentes que fueron iniciados en las drogas lo hicieron por medio de brownies, muffins, hot-cakes, paletas de dulce y palitos de chocolate alterados con cocaína o marihuana (Pérez, 2018). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 800 mil personas se suicidan en el mundo cada año. En México, en 2016 ocurrieron 6 mil 291 muertes por lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios), es decir, unos 17 diarios; el 81.3% de ellos (5 mil 116) fueron cometidos por hombres. En relación con la edad, los jóvenes entre 20 y 24 años son los que más frecuentemente se suicidan, principalmente por problemas familiares, amorosos, depresión, ansiedad, abuso del alcohol y drogas, entre otras.



El uso y abuso de sustancias adictivas constituye un complejo fenómeno que tiene consecuencias adversas en la salud individual, en la integración familiar y en el desarrollo y la estabilidad social. Aunque en la actualidad toda la sociedad está expuesta a las drogas, hay grupos más vulnerables que otros a sufrir consecuencias negativas de su uso, como los niños y los jóvenes, quienes pueden truncar su posibilidad de desarrollo personal y de realizar proyectos positivos de vida (Gómez, 2017). Mejorar las habilidades sociales, la capacidad para resolver problemas y la autoconfianza puede ayudar a prevenir algunos problemas de salud mental, como los trastornos de la conducta, la ansiedad, la depresión y los trastornos alimentarios, así como otros comportamientos de riesgo, por ejemplo relacionados con las conductas sexuales, el abuso de sustancias o los comportamientos violentos (OMS, 2019). Si bien es innegable que la educación en valores, el fomento de la unión familiar y la formación de habilidades para la vida representan factores protectores de gran utilidad; también es cierto que la prevención no es exclusiva de los expertos: nadie sobra en la prevención ni está imposibilitado para intervenir en ella. En consecuencia, todos podemos participar activamente en estas acciones desde los propios ámbitos de desarrollo (Villatoro, del Campo, Medina & Nanni, 2015).

Los datos epidemiológicos resaltan que las conductas y actitudes pasivas y negativas de los adolescentes, familiares y sociedad están sobresaliendo sobre las asertivas, por ello es urgente intervenir con estrategias innovadoras en la educación para la salud para favorecer la reflexión, el compromiso, la responsabilidad, el amor a nuestra persona y sueños, motivando la participación decidida en el autocuidado (Encuesta Nacional de consumo de drogas en estudiantes, 2014; Mera, *et. al.*, 2011; Encuesta Nacional de Juventud, 2010; CONADIC, 2015, 2008).



PROBLEMATIZACIÓN

La adolescencia es una etapa crítica con riesgo para iniciarse en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y, por tanto, también para su prevención. Así mismo pueden notarse cambios biológicos y psicológicos propios de la adolescencia que se unen en la actualidad a una serie de factores sociales y económicos que favorecen el consumo de drogas en edades cada vez más tempranas. Los ámbitos de socialización tradicionales (escuela y familia), aun siendo muy importantes, están perdiendo fuerza en las sociedades modernas. Su capacidad de control compite cada vez en mayor medida con otras fuentes de influencia social como son los medios de comunicación y las nuevas tecnologías, a las que hay que añadir, en el caso de los adolescentes, el grupo de amigos y compañeros (González y Manzano, 2009).

Los adolescentes son uno de los grupos más vulnerables ante el consumo de estupefacientes. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) destaca la importancia de conocer y entender por qué este sector es más propenso al consumo, así como los graves riesgos que conlleva, para ayudar en la elaboración de estrategias y en la toma de decisiones que permitan prevenir y actuar ante situaciones de consumo de drogas en la adolescencia.

Por lo revisado, se cree que los siguientes son los detonantes para que los adolescentes acudan a consumir alguna sustancia tóxica o alguna otra conducta de riesgo, como es el caso del bullying, relaciones sexuales de riesgo, embarazos adolescentes, entre otras conductas:

- Sentimiento de invulnerabilidad
- Curiosidad
- Imitación
- Afán de independencia



Según explica el estudio los adolescentes y el consumo de drogas, llevado a cabo por Becoña (2000), profesor del Departamento de Psicología clínica y Psicobiología de la Universidad de Santiago de Compostela, en Galicia, entre las principales causas generales de consumo de drogas se encuentran factores de predisposición, problemas familiares y problemas y trastornos psicológicos.

Una de las consecuencias del consumo de sustancias tóxicas es que pueden afectar a la capacidad de los adolescentes para crecer y desarrollarse plenamente. El consumo de alcohol o tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y/o la exposición a la violencia pueden poner en peligro no solo su salud actual, sino también la de su adultez e incluso la salud de sus futuros hijos (OMS, 2019; Tapia *et al.*, 2017; Caltenco y García, 2017).

El fenómeno de las adicciones es complejo y requiere la activa participación de enfermería como parte de un equipo interdisciplinario (García-Cardona y Ramírez-Elías, 2010).

La educación para la salud es reconocida como un eje transversal en todas las etapas de la vida y se define como un proceso social dirigido a obtener la amplia y decidida participación de los miembros de la comunidad para actuar en beneficio de su propia salud, la de su familia y la de su colectividad, involucrándose desde la identificación de sus problemas y selección de sus prioridades hasta la ejecución y evaluación de las actividades y programas que mejoren su bienestar” (Ocampo & Arango, 2016; Guzmán *et al.*, 2013; Martínez & Tapia, 2012; Sánchez, 2010).

Se ha constituido en uno de los mayores intereses y retos en los ámbitos de la enfermería preventiva, por el incremento tan notable de enfermedades crónicas no transmisibles, inicio temprano de uso y abuso de drogas legales e ilegales, bullying, sobrepeso, obesidad, anorexia, bulimia y violencia en el noviazgo, entre otros, todo impactando desde edades muy tempranas y generando costos económicos y sociales muy altos, así como pérdida de salud física y mental, y



productividad en grupos vulnerables (Caltenco & García, 2017; Guzmán *et al.*, 2016; Tapia *et al.*, 2016; Fuentes y Rivera, 2016; Percastegui & Tamayo, 2014).

El uso de las TIC considera instrumentos de integración de contenidos, así como herramientas para el proceso de enseñanza-aprendizaje, generando situaciones susceptibles de ser sometidas al análisis, evaluación e investigación permanente, como son los trabajos de investigación sobre herramientas de inmersión con evidencias favorables para el cambio de conductas en adolescentes y la toma de decisiones más informadas (Gutiérrez *et al.*, 2017; Caltenco & García, 2017; Jaimez *et al.*, 2016; Percastegui & Tamayo, 2014; Martínez & Tapia, 2012; Montes, 2009).

Debido a la envergadura que tiene esta tarea, se decidió poner en acción mediante el apoyo de estas herramientas la implementación de un programa educativo dirigido a jóvenes, en el cual sean aprovechadas las más recientes tecnologías de la información con las que se cuenta y de las cuales se tiene evidencia de su uso, con el propósito de evaluar la funcionalidad y contribuir al diseño de programas de prevención y educación para la salud, los cuales se encuentran dirigidos a una población específica, la cual es característica por ser renuente ante las figuras de autoridad. Por ello para abordar con ellos esta tarea, se ha dispuesto del empleo de estos instrumentos psicoeducativos a razón de crear de esta experiencia un proceso educativo integral, basado en el constructivismo y aprendizaje asociativo en el cual los adolescentes puedan identificar situaciones que suelen ser “cotidianas” de las cuales depende su manera de reaccionar ante los sucesos que se les presentan, e identificar en ellos mismos las conductas de riesgo dirigidas por deficiente control de sus emociones y las consecuencias de sus acciones.

Por lo tanto se planteó la siguiente pregunta de investigación:



“¿Cuál es la utilidad del uso de herramientas de inmersión como estrategia educativa activa en el fomento de factores protectores contra conductas de riesgo en adolescentes?”

OBJETIVO GENERAL

Analizar la utilidad del uso de herramientas de inmersión como estrategia educativa activa en el fomento de factores protectores contra conductas de riesgo en adolescentes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Favorecer la identificación y manejo de emociones en adolescentes.
- Prevenir y reducir la práctica de conductas de riesgo en adolescentes.
- Promover la construcción de identidad fomentando los valores.
- Fomento de la resiliencia, motivación y resolución de conflictos en adolescentes.



CAPÍTULO I. MARCO REFERENCIAL

1. ENFERMERÍA, EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y HERRAMIENTAS DE INMERSIÓN

“Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo.”

VIRGINIA HENDERSON (1966).

1.1 LOS METAPARADIGMAS EN ENFERMERÍA

1.1.1 ENFERMERÍA

La idea de ciencia en enfermería se encuentra inmersa en una observación previa de tipo histórico-antropológico y filosófico, dentro de una tradición que tiene que ver con “los cuidados humanos”, ya que este principio determina a la vez el curso ulterior de sus múltiples interpretaciones. Su origen se remonta a los tiempos en que, tanto la explicación de lo desconocido por la creencia en seres sobrenaturales, como la observación de ciertos sucesos recurrentes de la naturaleza, así como de las plantas y animales para aplicar los primeros cuidados, en relación con lo que hoy se puede denominar Enfermería, Medicina y Cirugías primitivas, son los “modos de conocer” comunes a todas las ciencias, es decir:

El origen de la actividad de los cuidados humanos.



1.1.2 CUIDADO

Derivan del concepto de necesidades básicas y se refieren al conjunto de intervenciones terapéuticas:

- Reflexionadas y deliberadas
- Basadas en un juicio profesional razonado.
- Dirigidas a satisfacer las necesidades básicas de la persona.
- Los cuidados básicos actúan supliendo la autonomía de la persona en aquellos aspectos que lo requieran, ayudándola a desarrollar su Fuerza, Conocimientos y Voluntad para que pueda satisfacerla por sí misma (Henderson, 1966).

1.1.3 PERSONA

La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. La persona y su familia son considerados como una unidad. Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana (Henderson, 1966).

- La persona es un todo completo con 14 necesidades básicas.
- La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla.

1.1.4 ENTORNO

Incluye relaciones con la propia familia y su medio social, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados, inicialmente se refiere a él como algo estático, aunque reconoce su influencia positiva o negativa sobre el usuario y recomienda a la enfermera que lo modifique de tal forma que promueva



la salud. En escritos más recientes habla de la naturaleza dinámica del entorno y de su impacto sobre el usuario y la familia (Henderson, 1966).

1.2 LA PERSONA COMO SUJETO INDIVIDUAL Y COLECTIVO

1.2.1 ESTIGMA E IDENTIDAD SOCIAL

“El medio social establece las categorías de personas que en él se pueden encontrar”.

La sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de esas categorías. Es posible que al encontrarnos con un extraño las primeras apariencias nos permitan prever en qué categoría se halla y cuáles son sus atributos, es decir, su “identidad social”. Estas anticipaciones, se transforman en expectativas normativas, en demandas rigurosamente presentadas. A las demandas que formulamos se las podría denominar con mayor propiedad demandas enunciadas “en esencia”, y el carácter que atribuimos al individuo debería considerarse como una imputación hecha con una mirada retrospectiva en potencia “una caracterización en esencia,” una identidad social virtual- pues la categoría y los atributos que, de hecho, según puede demostrarse le pertenecen, se denominarían su identidad social real.

Los griegos, que aparentemente sabían mucho de medios visuales, crearon el término “estigma” para referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el status moral de quien los presentaba. Los signos consistían en cortes o quemaduras en el cuerpo, y advertían que el portador era un esclavo, un criminal o un traidor, una persona corrupta, ritualmente deshonrada, a quien debía evitarse, especialmente en lugares públicos; más tarde, durante el cristianismo, se agregaron al término dos significados metafóricos: el primero hacía alusión a signos corporales de la gracia divina, que



Romana la forma de brotes eruptivos en la piel; el segundo, a los signos corporales de perturbación física. En la actualidad, la palabra es ampliamente utilizada con un sentido bastante parecido al original, pero con ella se designa preferentemente al mal en sí mismo y no a sus manifestaciones corporales. Además, los tipos de males que despiertan preocupación han cambiado.

Por lo general no somos conscientes de realizar estas anticipaciones, emitimos prejuicios hacia las personas según los atributos que demuestre, colocándola en un lugar dentro de la categoría de personas a la que él tiene acceso y convirtiéndolo generalmente en alguien menos apetecible, de este modo, dejamos de verlo como una persona total y corriente para reducirlo a un ser inficionado y menospreciado. Un atributo de esta naturaleza es un estigma, en especial cuando él produce en los demás, a modo de efecto, un descrédito amplio; a veces recibe también el nombre de defecto, falla o desventaja. Esto constituye una discrepancia entre la identidad social virtual y la real.

No todos los atributos indeseables son tema de discusión, sino únicamente aquellos que son incongruentes con nuestro estereotipo acerca de cómo debe ser determinada especie de individuos.

El término estigma es utilizado pues para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador; pero lo que en realidad se necesita es un lenguaje de relaciones, no de atributos. Un atributo que estigmatiza a un tipo de poseedor puede confirmar la normalidad de otro y por consiguiente no es ni honroso ni ignominioso en sí mismo.

Un estigma es, pues, realmente, una clase especial de relación entre atributo y estereotipo. El término estigma y sus sinónimos ocultan una doble perspectiva: el individuo estigmatizado, ¿supone que su calidad de diferente ya es conocida o resulta evidente en el acto, o que, por el contrario, esta no es conocida por quienes lo rodean ni inmediatamente perceptible para ellos? En el primer caso estamos frente a la situación del desacreditado, en el segundo frente a la del des



acreditable. Esta es una diferencia importante, aunque es probable que un individuo estigmatizado en particular haya experimentado ambas situaciones.

Se pueden mencionar tres tipos de estigmas, notoriamente diferentes. En primer lugar, las abominaciones del cuerpo - las distintas deformidades físicas-. Luego, los defectos del carácter del individuo que se perciben como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas, deshonestidad. Todos ellos se infieren de conocidos informes sobre, por ejemplo, perturbaciones mentales, reclusiones, adicciones a las drogas, alcoholismo, homosexualidad, desempleo, intentos de suicidio y conductas políticas extremistas. Por último, existen los estigmas tribales de la raza, la nación y la religión, susceptibles de ser transmitidos por herencia y contaminar por igual a los miembros de una familia. Sin embargo, en todos estos diversos ejemplos de estigma, incluyendo aquellos que tenían en cuenta los griegos, se encuentran los mismos rasgos sociológicos: un individuo que podía haber sido fácilmente aceptado en un intercambio social corriente posee un rasgo que puede imponerse por la fuerza a nuestra atención y que nos lleva a alejarnos de él cuando lo encontramos, anulando el llamado que nos hacen sus restantes atributos. Ser portador de un estigma, condiciona al individuo a limitar su desarrollo en el entorno social. Propicia el aislamiento y la adquisición de pensamientos, hábitos, conductas y comportamientos en respuesta al estrés adaptativo. (Goffman E., 2010)

1.3 EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y EL ROL DOCENTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

La Educación para la Salud, como proceso educativo e instrumento de salud pública, se sustenta sobre dos derechos fundamentales: el derecho a la educación y el derecho a la salud, ampliamente reconocidos en nuestro marco constitucional



(Art. 27 y 43 de la Constitución de 1978) y refrendados en su desarrollo legislativo en la LODE y proyecto de la LGS art. 5 y 15.

La Educación para la Salud formal, no formal e informal está considerada actualmente como un elemento importante en la formación y como un objetivo común de diversas instituciones responsables de la calidad de vida en un territorio. Promover la salud, favoreciendo la formación de la persona y facilitando el desarrollo de una moderna conciencia sanitaria, es una tarea ardua y compleja tanto para la escuela como para las demás instituciones responsables de servicios para la comunidad. Concretamente en la escuela, prevenir significa favorecer un crecimiento armónico de la personalidad del alumno, que se alcanza construyendo condiciones y haciendo vivir experiencias capaces de beneficiar el proceso evolutivo (Diéguez & Fortuny I Gras, 1988).

Educar es la actividad que consiste en transmitir determinados conocimientos y padrones de comportamiento con el fin de garantizar la continuidad de la cultura de la sociedad. (De León, 2017). La palabra educar es de origen latín *ducere* que significa “guiar o conducir” en el conocimiento. Consiste en enseñar a temprana edad valores, conocimientos, costumbres y formas de actuar, que permiten a un individuo vivir en sociedad y en estimular, desenvolver y orientar aptitudes del individuo, de acuerdo con las ideas de una sociedad determinada. Así aprender supone partir de lo que ya se sabe para adquirir un nuevo conocimiento, y lo interesante del aprendizaje es incorporar cosas importantes que ejerzan influencia trascendente sobre la propia conducta, es decir, cosas que influyan significativamente sobre el comportamiento. Supone una interacción en donde se involucran los comportamientos y las acciones humanas de los educadores y los educandos, en un proceso de formación que implica el interactuar para aprender los significados; sin embargo, a menudo, en las sociedades interculturales este conocimiento mutuo no se da, de acuerdo con las diferentes creencias y costumbres, originando obstáculos para brindar un adecuado cuidado a las personas y educación para la salud a quienes tienen cultura y creencias distintas.



La educación para la salud es una estrategia y herramienta de salud pública a través de la que podemos establecer canales de comunicación para brindar información oportuna sobre procedimientos saludables, hábitos, valores y normas de vida, crear corriente de opinión, y capacitar a individuos y a colectividades para que, con su auto responsabilización e implicación, hacerles activos y participantes en el rediseño individual, ambiental y organizacional con acciones globalizadoras.

Aunque la Educación para la Salud tiene una función preventiva y correctiva que exige por parte de la persona, la familia y otros grupos sociales los conocimientos necesarios para la prevención de ciertas enfermedades, su principal finalidad no está en evitar la enfermedad, sino en promover estilos de vida saludables; tiene un sentido positivo de ayuda y potencialización de la persona para la participación y gestión de su propia salud y poder desarrollarse en un proceso de salud integral (Perea 2004).

La metodología de la educación para la salud supone la utilización del espacio, el tiempo, los recursos humanos y materiales, así como las relaciones de comunicación, de forma que se pongan en marcha estrategias educativas en los diversos ámbitos de actuación, para conseguir esta participación es necesaria la educación, motivación e información. Así, su objetivo final será el fomento de estilos de vida saludables y su eje fundamental es la comunicación.

Bajo el marco del día mundial de la salud mental, el 10 de octubre de 2016, todos los que participamos en el equipo de trabajo de áreas de la salud y la educación, tomamos la bandera del derecho a acceder a la salud mental como parte fundamental de la salud de toda persona, para tener una interacción holística consigo mismo, con la familia y con la sociedad, en plenitud de sus derechos y responsabilidades. Se ha identificado la necesidad de implementar campañas informativas y psicoeducativas dirigidas a la sociedad y a grupos vulnerables, como los niños y adolescentes, en conjunto con sus padres y profesores que fomenten la salud mental y los escenarios para detectar cualquier factor de riesgo que atente contra la salud mental de la persona (Tapia *et al.*, 2017).



El rol educador del enfermero, además de estar presente en el campo hospitalario educando a la persona a lo largo de su continuo de salud-enfermedad, se realiza también en los contextos comunitario, escolar, laboral, familiar y social. Este es un recurso del que debe asumir responsabilidad la enfermera en la identificación de problemas potenciales a la salud, estructuración de planes de intervenciones que den respuesta a los problemas sociales y la evaluación de funcionalidad de dichas intervenciones, para hacer de ellas programas viables y favorables a su entorno social basándose en los estilos de pensamiento, las teorías y modelos de aprendizaje y las emociones del educando que pueden utilizarse en la formación a favor del proceso.

La educación para la salud es un campo reciente de reflexión en nuestro medio, que se ha constituido en uno de los mayores intereses y retos en los ámbitos de la promoción de la salud y, como consecuencia, en enfermería, por el incremento tan notable de enfermedades crónicas no transmisibles, inicio temprano de uso y abuso de drogas legales e ilegales, bullying, sobrepeso, obesidad, anorexia, bulimia y violencia en el noviazgo, entre otros, todo impactando desde edades muy tempranas y generando costos económicos y sociales muy altos, así como pérdida de salud física y mental, y productividad en grupos vulnerables (Caltenco & García, 2017; Guzmán *et al.*, 2016; Tapia *et al.*, 2016; Fuentes & Rivera, 2016; Percastegui & Tamayo, 2014). La enfermera en su papel de educadora no solo educa, sino que también es educada, es decir, ocurre una inversión de roles como consecuencia de la interacción entre ella y la persona, lo que le permite conocer de cerca las percepciones de este, aprendiendo de las actitudes de la persona y su familia, para reaccionar y desarrollar una conducta personal y un método que le posibiliten proporcionar un cuidado holístico basado en la educación para la salud. La importancia del rol de educador en salud parte del grado de convicción que este ejerce en la persona receptora de sus cuidados, la familia y su entorno aconsejando y orientando para que se obtengan competencias que los lleven a tomar las riendas de su salud y la de los suyos, lo cual los llevará a obtener una



mejor calidad de vida con base en cambios ambientales y de comportamiento por formas de vida más saludables.

Las teorías de aprendizaje se apoyan modelos que datan de una concepción asociacionista y otras que lo hacen desde una concepción constructivista. En las primeras, el aprendizaje se produce por asociaciones mecánicas, entre estímulos y respuestas (conocimientos previos y nuevos), y en las segundas, se sostiene que el aprendizaje es un continuo y complejo proceso de construcción, donde se articulan y reestructuran nuevos y viejos conocimientos (Tapia *et al.*, 2018).

Si bien es cierto que en toda persona coexisten los dos tipos de inteligencia (cognitiva y emocional), es evidente que la inteligencia emocional aporta, con mucha diferencia, la clase de cualidades que más nos ayudan a convertirnos en auténticos seres humanos. Las habilidades emocionales no sólo nos hacen más humanos, sino que en muchas ocasiones constituyen una condición de base para el despliegue de otras habilidades que suelen asociarse al intelecto, como la toma de decisiones racionales y la resolución de problemas (Tapia *et al.*, 2017; Fragoso, 2015; Guzmán *et al.*, 2016; Fuentes & Rivera, 2016; Goleman, 2011; Montes, 2009).

1.3.1 MODELOS Y ESTILOS APRENDIZAJE

Los estilos de aprendizaje son la forma consistente en la que los estudiantes responden o utilizan los estímulos en el entorno del aprendizaje, es decir, las condiciones educativas bajo las cuales un estudiante es más probable que aprenda. Por lo tanto, los estilos de aprendizaje no se refieren realmente a lo que aprenden los estudiantes, sino cómo prefieren aprender y, en muchas ocasiones, cómo les resulta más fácil aprender. Los estilos de aprendizaje son una mezcla de factores cognitivos, afectivos y fisiológicos característicos que sirven como indicadores relativamente estables de cómo el alumno percibe, interactúa y responde al entorno de aprendizaje.



El desarrollo y el perfeccionamiento de las estrategias de aprendizaje por parte del alumno están claramente relacionados con las medidas en las que se involucra el proceso cognitivo y motivacional de este con su estilo de pensamiento y aprendizaje (Tapia *et al.*, 2018).

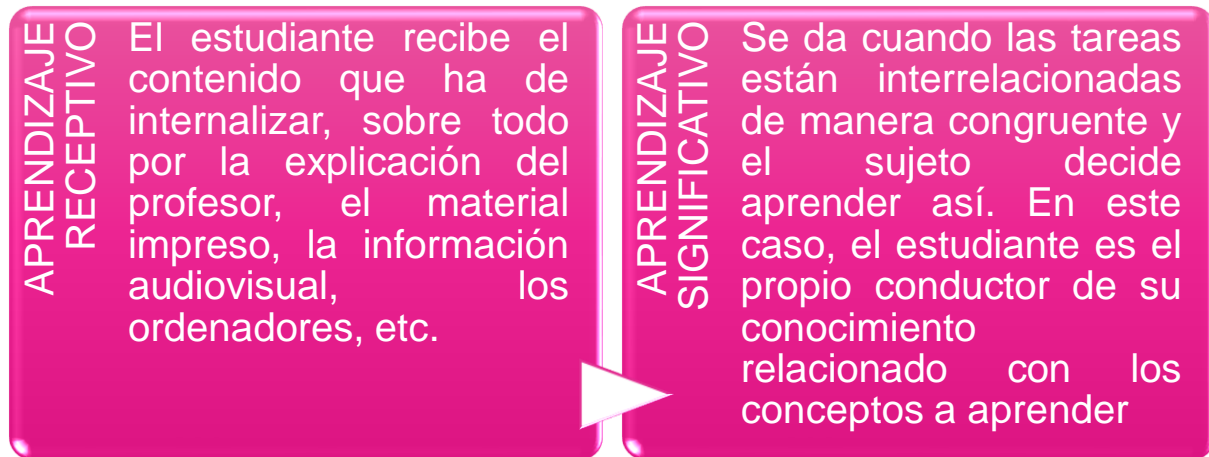


Figura 1. Tipos de aprendizaje (Tapia *et al.*, 2018)

Ante la necesidad de enmarcar las diferencias entre las variadas formas de aprender, los “estilos de aprendizaje” son determinados por medio de modelos, los cuales constituyen un prototipo que sirven de referencia y ejemplo sobre una representación parcial de la realidad; ya que no es posible explicar una totalidad, ni incluir todas las variables que esta pueda tener, refieren a la explicación de un fenómeno o proceso específico, visto desde el punto de vista de su autor como un ideal a seguir (Aguilera, 2000).

1.3.2 MODELO DE HERMANN

Ned Hermann, físico a cargo del instituto de desarrollo ejecutivo General Electric, desarrolló en 1976 un modelo biológico de estilos de pensamiento que se inspira en los conocimientos del funcionamiento cerebral. Él lo describe como una metáfora y hace una analogía de nuestro cerebro con el globo terrestre con sus cuatro puntos cardinales. A partir de esta idea representa una esfera dividida en cuatro cuadrantes, que resultan del entrecruzamiento del hemisferio izquierdo y el



derecho del modelo Sperry, y de los cerebros cortical y límbico del modelo McLean. Los cuatro cuadrantes representan cuatro formas distintas de operar, de pensar, de crear, de aprender y, en suma, de convivir con el mundo (De la Parra, 2004).

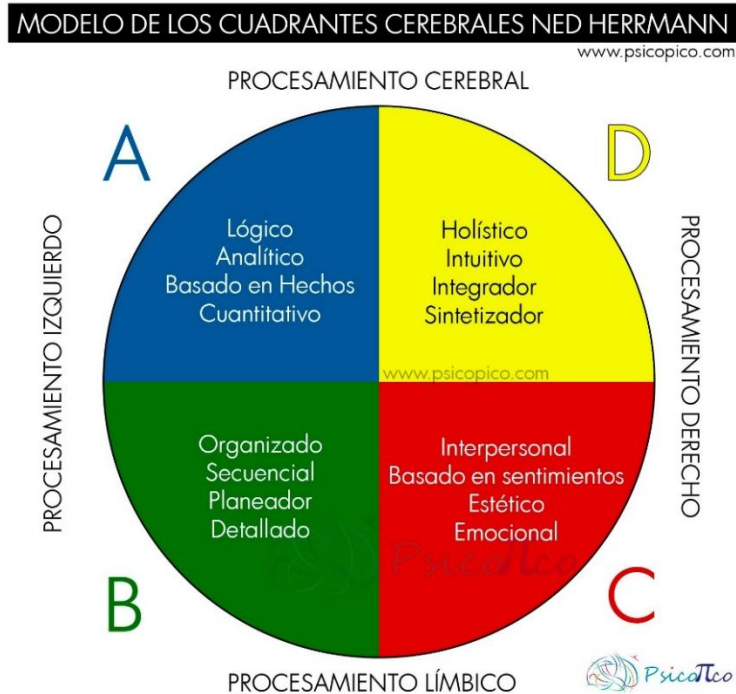


Figura 2. Modelos de pensamiento de Ned Herrman. A: Lógico, B: Procesos, C: Relación, D: Creativo (Pico, 2018)



Teoría de los Cuadrantes Cerebrales de Hermann

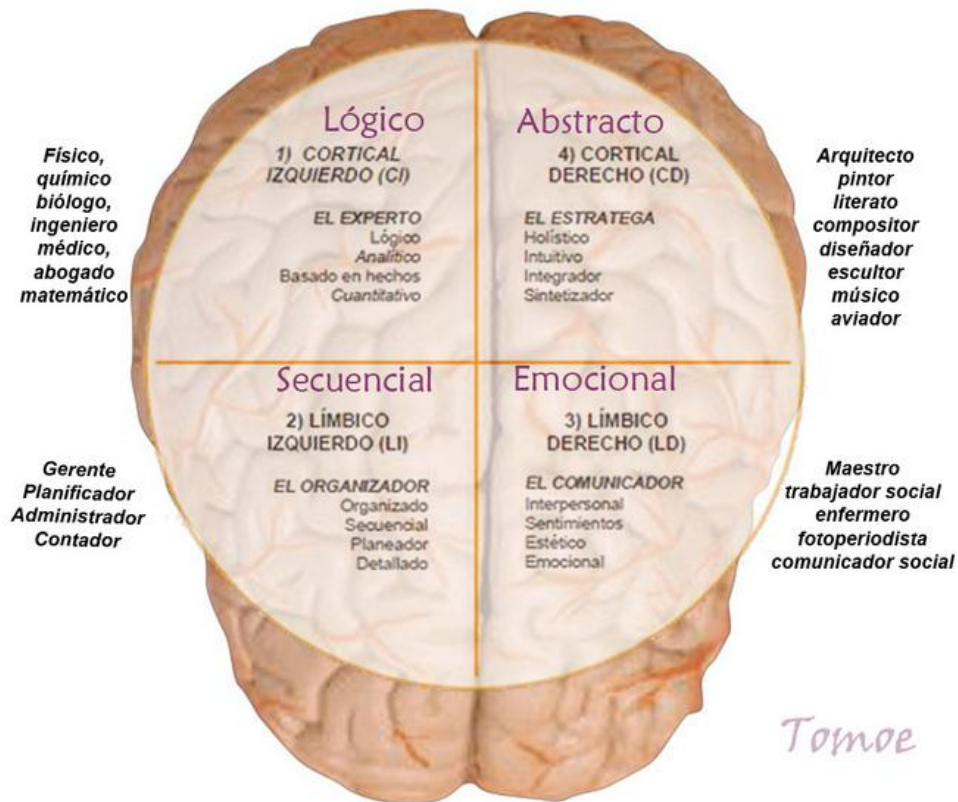


Figura 3. Relación entre los cuadrantes cerebrales de Hermann y vocación (Desarrollo del pensamiento y la inteligencia humana, 2016)

Los profesionales del área educativa, al conocer los cuadrantes y sus características, deben estar comprometidos con herramientas de apoyo para colaborar con los docentes en la identificación de estilos de aprendizaje de la comunidad educativa a su cargo e implementar estrategias educativas que favorezcan el aprendizaje, potencializando el estilo predominante del estudiante (Pardo-Rojas, 2013). El desarrollo de la corteza cerebral estimula uno de los cuatro cuadrantes de manera predominante, generando que los individuos tiendan a tener gustos, preferencias, procesamiento mental y esquematización de la personalidad particulares; y como no es heredable, nos hace únicos dentro de un



esquema de los cuatro cuadrantes, pero bajo la premisa de que podemos mejorar mediante el aprendizaje y la estimulación de todos los cuadrantes (De la Parra, 2004; Muñoz *et al.*, 2012).

1.3.3 MODELO DE FELDER Y SILVERMAN

El modelo de Felder y Silverman clasifica los estilos de aprendizaje a partir de cinco dimensiones:

1	Sensitivos	Concretos, prácticos, orientados hacia hechos y procedimientos; les gusta resolver problemas siguiendo procedimientos muy bien establecidos; tienden a ser pacientes con detalles; gustan de trabajo práctico (trabajo de laboratorio, por ejemplo); memorizan hechos con facilidad; no gustan de cursos a los que no les ven conexiones inmediatas con el mundo real.
	Intuitivos	Conceptuales; innovadores; orientados hacia las teorías y los significados; les gusta innovar y odian la repetición; prefieren descubrir posibilidades y relaciones; pueden comprender rápidamente nuevos conceptos; trabajan bien con abstracciones y formulaciones matemáticas; no gustan de cursos que requieren mucha memorización o cálculos rutinarios.
2	Visuales	En la obtención de información prefieren representaciones visuales, diagramas de flujo, diagramas, etc.; recuerdan mejor lo que ven.
	Verbales	Prefieren obtener la información en forma escrita o hablada; recuerdan mejor lo que leen o lo que oyen.



3	Activos	Tienden a retener y comprender mejor nueva información cuando hacen algo activo con ella (discutiéndola, aplicándola, explicándosela a otros). Prefieren aprender ensayando y trabajando con otros.
	Reflexivos	Tienden a retener y comprender nueva información pensando y reflexionando sobre ella, prefieren aprender meditando, pensando y trabajando solos.
4	Secuenciales	Aprenden en pequeños pasos incrementales cuando el siguiente paso está siempre lógicamente relacionado con el anterior; ordenados y lineales; cuando tratan de solucionar un problema tienden a seguir caminos por pequeños pasos lógicos.
	Globales	Aprenden grandes saltos, aprendiendo nuevo material casi al azar y de pronto visualizando la totalidad; pueden resolver problemas complejos rápidamente y de poner juntas cosas en forma innovadora. Pueden tener dificultades, sin embargo, en explicar cómo lo hicieron.
5	Inductivo	Entienden mejor la información cuando se les presentan hechos y observaciones y luego se infieren los principios o generalizaciones.
	Deductivo	Prefieren deducir ellos mismos las consecuencias y aplicaciones a partir de los fundamentos o generalizaciones.

Tabla 1. Cinco estilos de aprendizaje según el modelo de Felder y Silverman (DGB & DCA, 2004).



1.3.4 MODELO DE KOLB

El modelo de estilos de aprendizaje elaborado por Kolb supone que para aprender algo debemos trabajar o procesar la información que recibimos. Kolb dice que, por un lado, podemos partir:

- De una experiencia directa y concreta: alumno activo.
- Bien de una experiencia abstracta, que es la que tenemos cuando leemos acerca de algo o cuando alguien nos lo cuenta: alumno teórico.

Las experiencias que tengamos, concretas o abstractas, se transforman en conocimiento cuando las elaboramos de alguna de estas dos formas:

- Reflexionando y pensando sobre ellas: alumno reflexivo.
- Experimentando de forma activa con la información recibida: alumno pragmático.

Según el modelo de Kolb un aprendizaje óptimo es el resultado de trabajar la información en cuatro fases (Kolb, 2012).



Figura 4. Fases de aprendizaje según Kolb (Edinumen, 2016).



En la práctica, la mayoría tendemos a especializarnos en una, o como mucho en dos de esas cuatro fases, por lo que se pueden diferenciar cuatro tipos de alumnos, dependiendo de la fase en la que prefieran trabajar:

- Alumno activo
- Alumno reflexivo
- Alumno teórico
- Alumno pragmático

En función de la fase del aprendizaje en la que nos especialicemos, el mismo contenido nos resultará más fácil (o más difícil) de aprender de cómo nos lo presenten y de cómo lo trabajemos en el aula. Un aprendizaje óptimo requiere de las cuatro fases, por lo que será conveniente presentar la temática de tal forma que garanticemos actividades que cubran todas las fases de la rueda de Kolb.

1.3.5 MODELO DE PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA DE BANDLER Y GRINDER

Este modelo, también llamado visual-auditivo-kinestésico (VAK), toma en cuenta que tenemos tres grandes sistemas para representar mentalmente la información, el visual, el auditivo y el kinestésico.

Utilizamos el sistema de representación visual siempre que recordamos imágenes abstractas (como letras y números) y concretas.

El sistema de representación auditivo es el que nos permite oír en nuestra mente voces, sonidos, música. Cuando recordamos una melodía o una conversación, o cuando reconocemos la voz de la persona que nos habla por teléfono estamos utilizando el sistema de representación auditivo.

Cuando recordamos el sabor de nuestra comida favorita, o lo que sentimos al escuchar una canción estamos utilizando el sistema de representación kinestésico.



La mayoría de nosotros utilizamos los sistemas de representación de forma desigual, potenciando unos e infrautilizando otros. Los sistemas de representación se desarrollan más cuanto más los utilizamos. La persona acostumbrada a seleccionar un tipo de información absorberá con mayor facilidad la información de ese tipo o, planteándolo al revés, la persona acostumbrada a ignorar la información que recibe por un canal determinado no aprenderá la información que reciba por ese canal, no porque no le interese, sino porque no está acostumbrada a prestarle atención a esa fuente de información (Tapia, *et al.*, 2018).

Se estima que 30% de las personas es kinestésica, 30% de las personas es auditiva y 40% de las personas es visual. El modelo de la Programación Neurolingüística sostiene que “la forma como pensamos afecta nuestro cuerpo, y cómo usamos nuestro cuerpo afecta a la forma como pensamos” (De la Parra, 2004).



Aprendizaje Visual

Las personas que reciben información visualmente tienden hablar con rapidez
Su cerebro visualiza todo a un ritmo mas rápido.
A menudo disfrutan viendo TV o película.

Figura 5. Sistema de representación visual según Bandler y Grinder (Slideshare, 2018).



Entiende el mundo tal como lo ve; el aspecto de las cosas es lo más importante. Cuando recuerda algo lo hace en forma de imágenes; transforma las palabras en imágenes y cuando imagina algo del futuro lo visualiza. Son muy organizados, les encanta ver el mundo ordenado y limpio, siempre están controlando las cosas para asegurarse de que están bien ubicadas. La gente visual suele ser esbelta. Su postura es algo rígida, con la cabeza inclinada hacia delante y los hombros en alto. Se presenta bien vestida y siempre se le ve arreglada y limpia. La apariencia le es muy importante, combina bien su ropa y la elige con cuidado.



Aprendizaje Auditivo

Las personas que aprenden auditivamente se sienten mejor con la palabra hablada. Hablan a velocidad media, de forma muy elocuente.

Disfrutan escuchando música, cuando leen.

Figura 6. Sistema de representación auditivo según Bandler y Grinder (Slideshare, 2018)

Tiende a ser más sedentaria que la visual. Es más cerebral que otros y tiene mucha vida interior. Estará muy interesado en escuchar. La persona auditiva es excelente conversadora. Tiene una gran capacidad de organizar mentalmente sus ideas. A veces parece estar de mal humor debido a su sensibilidad a ciertos tipos de ruidos. Normalmente son muy serios y no sonríen mucho. Su forma de vestir



nunca va a ser tan importante como sus ideas. Su estilo tiende a ser conservador y elegante.



Aprendizaje kinestésico

Las personas que aprenden kinestésica mente están físicamente orientadas en todos los sentidos. Disfrutan el contacto físico, se comunican con gestos y están cerca de las personas cuando hablan con ella

Figura 7. Sistema de representación kinestésico según Bandler y Grinder (Slideshare, 2018)

Es muy sentimental, sensitiva y emocional. Demuestran su sensibilidad y expresan espontáneamente sus sentimientos. Se relacionan muy fácilmente con otras personas. La apariencia no les interesa mucho, algunas veces su forma de vestir tiende a ser descuidada y puede no combinar. Lo que a ellos les importa es sentirse cómodos. Se mueven mucho, pero con soltura y facilidad. Sus posturas son muy relajadas, con los hombros bajos y caídos. Sus movimientos son lentos y calmados. Gesticulan mucho, se tocan y tocan constantemente a los demás.



El siguiente cuadro muestra algunos ejemplos de actividades adaptadas a cada estilo (De la Parra, 2004; Muñoz *et al.*, 2012).

VISUAL	AUDITIVO	KINESTÉSICO
Ver, mirar, imaginar, leer, películas, dibujos, videos, mapas, carteles, diagramas, fotos, caricaturas, diapositivas, pinturas, exposiciones, tarjetas, telescopios, microscopios, bocetos.	Escuchar, oír, cantar, ritmo, debates, discusiones, cintas audio, lecturas, hablar en público, telefonar, grupos pequeños, entrevistas.	Tocar, mover, sentir, trabajo de campo, pintar, dibujar, bailar, laboratorio, hacer cosas, mostrar, reparar cosas.

Figura 8. Actividades según el Sistema de representación predominante Bandler y Grinder (Slideshare, 2016).

1.3.6 MODELO DE LOS HEMISFERIOS CEREBRALES

Cada hemisferio interactúa con la mitad del cuerpo situada en el lado opuesto: es decir, el hemisferio derecho dirige la parte izquierda del cuerpo, mientras que el hemisferio izquierdo dirige la parte derecha. Cada hemisferio presenta especializaciones que le permite hacerse cargo de tareas determinadas. El hemisferio izquierdo está más especializado en el manejo de los símbolos de cualquier tipo: lenguaje, álgebra, símbolos químicos, partituras musicales; es más analítico y lineal, procede de forma lógica. El derecho es más efectivo en la percepción del espacio, es más global, sintético e intuitivo; es imaginativo y emocional. La idea de que cada hemisferio está especializado en una modalidad distinta de pensamiento ha llevado al concepto de uso diferencial de hemisferios (Tapia, *et. al.*, 2018). La utilización diferencial se refleja en la forma de pensar y actuar de cada persona; quien sea dominante en el hemisferio izquierdo será más analítica, en cambio quien tenga tendencia hemisférica derecha será más emocional (Cazau, 2015). En la determinación de la dominancia de los hemisferios influyen factores sociales. Cada hemisferio procesa la información que recibe de distinta manera, es decir, hay distintas formas de pensamiento asociadas con cada hemisferio (De la Parra, 2004; Muñoz *et al.*, 2012).



Hemisferio Izquierdo	Hemisferio Derecho
Verbal: Usa palabras para nombrar, describir, definir.	No verbal: Es consciente de las cosas, pero le cuesta relacionarlas con palabras.
Analítico: Estudia las cosas paso a paso y parte a parte.	Sintético: Agrupa las cosas para formar conjuntos
Simbólico: Emplea un símbolo en representación de algo (@)	Concreto: Capta las cosas tal como son, en el momento presente.
Abstracto: Toma un pequeño fragmento de información y lo emplea para representar el todo.	Analógico: Ve las semejanzas entre las cosas, comprende las relaciones metafóricas.
Temporal: Sigue el paso del tiempo, ordena las cosas en secuencias.	Atemporal: Sin sentido del tiempo, centrado en el momento presente.
Racional: Saca conclusiones basadas en la razón y los datos.	No Racional: No necesita una base de razón, ni se basa en los hechos, tiende a posponer los juicios.
Digital: Usa números, como al contar.	Espacial: Ve donde están las cosas en relación con otras cosas y como se combinan las partes para formar un todo.
Lógico: Sus conclusiones se basan en la lógica, en argumentos razonados.	Intuitivo: Tiene inspiraciones repentinas a veces basadas en patrones incompletos, pistas, corazonadas o imágenes visuales.
Lineal: Piensa en términos de ideas encadenadas, llegando a menudo a una conclusión convergente.	Holístico: Ve las cosas completas de una vez, percibe los patrones y estructuras generales, llegando a menudo a conclusiones divergentes.

Figura 9. Modelo de los hemisferios cerebrales (Tapia, *et. al.*, 2017)



ESPECIALIZACIÓN DE LOS HEMISFERIOS CEREBRALES

Aunque en general las funciones cerebrales están más deslocalizadas de lo que se creía, hay unas cuantas funciones que se realizan con más intensidad en una mitad que en otra

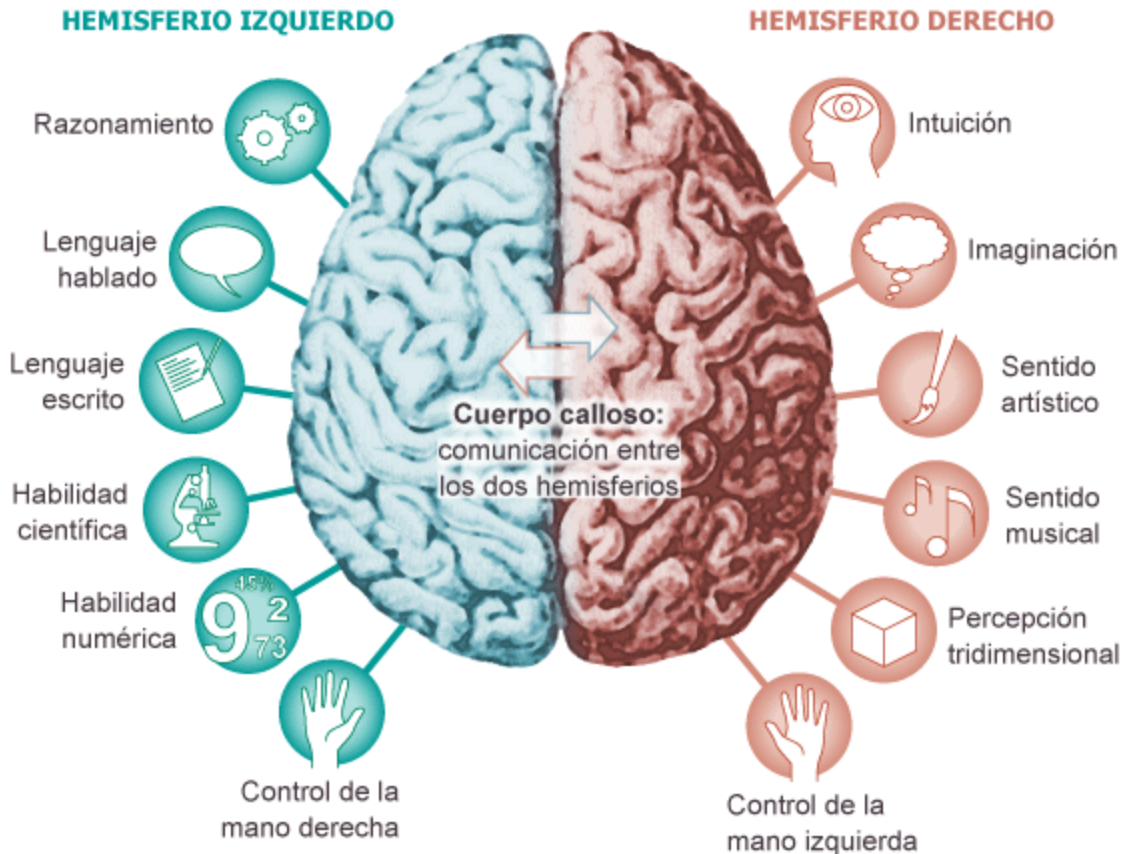


Figura 10. Alusión a modelo de hemisferios cerebrales (Fonseca, 2016).

1.3.7 MODELO DE LAS INTELIGENCIAS MÚLTIPLES DE GARDNER

Gardner proveyó un medio para determinar la amplia variedad de habilidades que poseen los seres humanos, agrupándolas en siete categorías o “inteligencias”

Todos los seres humanos son capaces de conocer el mundo de siete modos diferentes. Según los análisis de las siete inteligencias todos somos capaces de conocer el mundo a través del lenguaje, del análisis lógico-matemático, de la representación espacial, del pensamiento musical, del uso del cuerpo para resolver problemas o hacer cosas, de una comprensión de los demás individuos y



de una comprensión de nosotros mismos. Donde los individuos se diferencian es la intensidad de estas inteligencias y en las formas en que recurre a ellas y las combina para llevar a cabo diferentes labores, para solucionar problemas diversos y progresar en distintos ámbitos. Gardner propuso en su libro “Estructuras de la mente” la existencia de por lo menos siete inteligencias básicas. Cuestionó la práctica de sacar a un individuo de su ambiente natural de aprendizaje y pedirle que realice ciertas tareas aisladas que nunca había hecho antes y que probablemente nunca realizaría después. En cambio, sugirió que la inteligencia tiene más que ver con la capacidad para resolver problemas y crear productos en un ambiente que represente un rico contexto y de actividad natural (DGB & DCA, 2004).

Inteligencia lingüística	La capacidad para usar palabras de manera efectiva, sea en forma oral o de manera escrita. Esta inteligencia incluye la habilidad para manipular la sintaxis o significados del lenguaje o usos prácticos del lenguaje.
Inteligencia lógico matemática	La capacidad para usar los números de manera efectiva y razonar adecuadamente. Esta inteligencia incluye la sensibilidad a los esquemas y relaciones lógicas, las afirmaciones y las proposiciones (si-entonces, causa-efecto), las funciones y las abstracciones.
Inteligencia corporal-kinética	La capacidad para usar todo el cuerpo para expresar ideas y sentimientos (por ejemplo, un actor, un mimo, un atleta, un bailarín) y la facilidad en el uso de las propias manos para producir o transformar cosas (por ejemplo, un artesano, escultor, mecánico, cirujano).
Inteligencia espacial	La habilidad para percibir de manera exacta el mundo visual-espacial (por ejemplo, un cazador, explorador, guía) y de ejecutar transformaciones sobre esas percepciones (por



	ejemplo, un decorador de interiores, arquitecto, artista, inventor).
Inteligencia musical	La capacidad de percibir (por ejemplo, un aficionado a la música), discriminar (por ejemplo, como un crítico musical), transformar (por ejemplo, un compositor) y expresar (por ejemplo, una persona que toca un instrumento) las formas musicales.
Inteligencia interpersonal	La capacidad de percibir y establecer distinciones en los estados de ánimo, las intenciones, las motivaciones, y los sentimientos de otras personas.
Inteligencia intrapersonal	El conocimiento de sí mismo y la habilidad para adaptar las propias maneras de actuar a partir de ese conocimiento, esta inteligencia incluye tener una imagen precisa de uno mismo.

Tabla 2. Inteligencias múltiples según Gardner (DGB & DCA, 2004).

1.4 MARCO LEGAL PARA EL EJERCICIO DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

La enfermería es una ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas (PROY-NOM-019-SSA3-2012); Ofrece servicios de salud de calidad, acorde a los diferentes roles que ejerce en su contribución a la solución de los problemas que afectan a la población, contribuyendo en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida, desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad a través de la aplicación de una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le permiten promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca



del cuidado de la salud por medio de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes respecto a sus diferentes funciones desempeñadas, sean estas asistenciales, educativas, administrativas o de investigación.

Las intervenciones de enfermería en promoción de la salud escolar (NOM-009-SSA2-2013) atienden a los problemas de salud identificados, los cuales se encuentran determinados fundamentalmente por condiciones sociales, psicológicas y biológicas. Entre estas podemos citar la carencia de saneamiento básico, bajos niveles educativos, consumismo, violencia, mala nutrición, problemas congénitos y los hábitos. La conjunción de estas condiciones, y riesgos ambientales facilitan la aparición de desnutrición, sobrepeso y obesidad, entre otras enfermedades que aquejan la salud mental de la persona. Se ha identificado que la etapa escolar de entre los 3 y 15 años es la más importante en términos del desarrollo integral humano, debido a que en estos años que se van construyendo la personalidad, los conceptos, el pensamiento, se van aprendiendo y formando principios y valores, así como adquiriendo hábitos, comportamientos y herramientas para desarrollar las capacidades y enfrentar la vida; la intervención del equipo multidisciplinario en salud es indispensable para el fomento del crecimiento y desarrollo sano en el individuo, atendiendo a grupos vulnerables, entre estos, los adolescentes, en donde los problemas de índole emocional afectan el proceso salud enfermedad biopsicosocial determinando el aumento en la prevalencia de adicciones, violencia, lesiones, accidentes, depresión y suicidio; este último ubicado entre las principales causas de muerte en el grupo de 15 a 19 años.

En atención a la identificación de riesgos a la salud en poblaciones vulnerables, compete a la enfermería la implementación de acciones anticipatorias e integrales, orientadas a formar en niños, niñas, jóvenes y adolescentes entornos favorables a la salud, (PROY-NOM-031-SSA2-2014) propiciando sean ellos capaces de practicar estilos de vida saludables, ejerciendo su libertad con responsabilidad por medio de la construcción de un entorno físico y psicosocial que propicie el



desarrollo de competencias y la participación de la comunidad educativa, modificando los determinantes no favorables para la salud como son los comportamientos y condiciones de riesgo implícitos en su etapa de desarrollo mediante la participación social.

Ya que son numerosas las intervenciones a realizar en el amplio grupo poblacional que integra este sector, enfocaremos la aplicación de intervenciones en el grupo vulnerable correspondiente al adolescente en donde priorizaremos el desarrollo en competencias de salud emocional, sexual, (NOM-046-SSA2-2005) y prevención de adicciones (NOM-028-SSA2-2009) mediante acciones de promoción de estilos de vida saludables, prevención, información, orientación, captación y capacitación a través del desarrollo de materiales de apoyo en respuesta a las problemáticas identificadas con base en las competencias que el enfermero desarrolla a lo largo de su preparación y durante el ejercicio de su profesión.

1.5 HERRAMIENTAS DE INMERSIÓN

Las TIC y sus actuales mediaciones (redes sociales, videojuegos, teléfonos inteligentes, televisión digital, videos y servicios web) están generando en los jóvenes nuevas formas de informarse, interactuar, divertirse y aprender (Tapia, *et al.*, 2018)

Las herramientas de inmersión refieren al empleo de instrumentos psicoeducativos que promueven la salud mental. Este tipo de herramientas pueden ser múltiples: visuales, audiovisuales, escritas. Etc. Pudiéndonos basar en las nuevas tecnologías acercándonos a las experiencias y vivencias que los jóvenes se enfrentan su vida cotidiana.

En el marco de la Salud Mental el término psicoeducación fue empleado por primera vez, en 1981 por Anderson, investigadora estadounidense que ofrece en



el contexto del tratamiento de la esquizofrenia, un concepto terapéutico conductual conformado por 4 elementos: la información a los pacientes acerca de su enfermedad, la formación de resolución de problemas, el entrenamiento en comunicación y la autoafirmación de formación. En la intervención este autor incluía a los familiares de los pacientes, trabajando el manejo de los miembros entre sí, además de utilizar técnicas más eficaces en el control del estrés. Se define como un “Proceso interventivo con alcance educativo, que parte del diagnóstico de necesidades que portan los beneficiarios, orientándose hacia la optimización de la regulación de los recursos psicológicos de los mismos, utilizando como principal arma las potencialidades reales que poseen estas personas susceptibles a la formación psicoeducativa.” la aplicación de la psicoeducación en el ámbito de la salud, resulta ser una estrategia económica y productiva, con independencia que sea realizada por psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, licenciadas en enfermería, pedagogos, trabajadores sociales y otros profesionales con habilidades en el trabajo con grupos humanos y de forma independiente (Bartuste, 2014).

Las corrientes vigentes que explican el aprendizaje lo caracterizan como: un conjunto de procesos a través de los cuales el individuo construye su propio conocimiento con medios apropiados y con ayuda de los demás, de los docentes y de los pares. Si esto es aplicable con carácter general a cualquier entorno, tiene especial relevancia en la era de la tecnología y de las redes, aplicado a los entornos virtuales de aprendizaje, donde estos procesos se ven privilegiados por las herramientas de inmersión y medios tecnológicos de comunicación interpersonal, así como por el tratamiento que se hace de la información. De manera que los individuos implicados pueden atribuir sentido o extraer conclusiones a la información adecuadamente tratada y representada, u obtener información derivada a partir de datos y de experiencias tal como se presenten. Por tanto, el aprendizaje se puede calificar como construcción (Tapia, *et. al.*, 2018).



La evolución de la enseñanza en las últimas décadas ha estado marcada por la incorporación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) a los procesos de enseñanza-aprendizaje, esta modalidad educativa tiene en su haber una larga experiencia, especialmente en la elaboración de herramientas de inmersión o materiales didácticos auto instructivos y en la educación para la salud ha impactado de manera positiva, cuyo objetivo fundamental es el aprendizaje significativo (Guzmán *et al.*, 2016, 2013; Martínez & Tapia, 2012; Jerónimo *et al.*, 2014, 2008; Sánchez, 2010).

La creación y aplicación de estos medios, tiene por objetivo educar al público al que va dirigido sobre condiciones de susceptibilidad o enfermedades que padecen, ofrece información y alternativas de solución y fortalece el apego al tratamiento y autocuidado; Para el desarrollo de este trabajo, hemos procurado dar un enfoque preventivo y correctivo en dichas herramientas, con el fin de promover factores de protección a lo largo del desarrollo del adolescente y en su relación con el medio.

A partir de los videos que se proyectan a los jóvenes participantes se realiza un análisis del comportamiento de los personajes de los videos con el propósito que los participantes empaticen y mediante un ambiente controlado, identifiquen en los videos conductas de riesgo. La dinámica de esta actividad se basa en la inmersión cognitiva, la teoría del aprendizaje social de Bandura y el refuerzo vicario. Se procura que los participantes empaticen con el/los personajes de los videos, poniéndolos en el lugar de un usuario tipo y de esta forma reflexionen sus comportamientos y visualicen alternativas de solución a los factores estresantes que se les presentan, sean estos de carácter social o familiar, principalmente.

Aún no se ha calibrado en su totalidad la envergadura de la tarea, ni se dispone de todas las herramientas para llevarla adelante, pero la base general de conocimientos se está ampliando adquiriendo así ya mucha experiencia útil. Por tanto el equipo de enfermería procurará estar atento para saber construir las herramientas psicoeducativos óptimas y los instrumentos que sean el antídoto



contra la recurrencia ante los riesgos implícitos de los adolescentes en su etapa de desarrollo, concientizándolos sobre el alcance que pueden tener sus decisiones, como pueden las acciones que se realizan bajo el influjo de las emociones maximizadas, el mal manejo e identificación de sus emociones así como la baja percepción de riesgos.

La idea central, es trabajar con factores y conductas de riesgo y actuar sobre ellos previniendo las posibles consecuencias dañinas para la salud. Asumiendo que, a mayor conocimiento de los eventos negativos, mayor posibilidad de evitarlos. De esta manera, se espera que el adolescente receptor de dicha información se identifique y en la realidad que le rodea se dirija con responsabilidad de sus actos, previsión de riesgos y emita juicio crítico de sus actos, así como las consecuencias que ellos conllevan.

1.6 GRUPOS VULNERABLES

Los grupos vulnerables son aquellos grupos de personas, organizadas o no, que por sus condiciones permanentes o temporales se encuentran en condiciones de riesgo, inseguridad, indefensión y desventaja. Generalmente se identifican la edad, el sexo, las condiciones de salud, el estado civil y el origen étnico, como las principales condiciones o características directamente asociadas a la vulnerabilidad de las personas.

De forma más sintética, son grupos de personas que padecen una serie de desventajas derivadas de un conjunto de factores sociales y de características jurídicas, personales y culturales. Así, se considera como vulnerables a diversos grupos de la población entre los que se encuentran: las niñas, los niños y jóvenes en situación de calle, las personas con discapacidad y las personas adultas mayores (Senado de la República, 2012).



Los adolescentes, en su propia naturaleza, tendrán la necesidad de ser independientes y autónomos; tomar decisiones y riesgos en su vida para autodefinirse y concretar su personalidad; serán impulsivos y reactivos emocionales, buscarán incrementar las interacciones sociales con sus pares, buscarán explorar sensaciones nuevas y estarán en constante conflicto por realizar conductas arriesgadas. Este conflicto es una fase normal en el desarrollo del adolescente, sin embargo, la falta de sincronización entre el desarrollo emocional y el proceso de autocontrol se convierte en un factor de riesgo que lo coloca en un punto de vulnerabilidad (Tapia, *et al.*, 2017).

Se considera a los adolescentes un grupo vulnerable debido a características propias de esta etapa en la que son influenciados por su medio y, debido a su baja percepción de riesgos, la existencia de ciertas circunstancias y condiciones individuales, familiares o sociales, aumentan el riesgo de inicio en el consumo de sustancias, conductas sexuales de riesgo, depresión, suicidio y la vivencia del bullying en la adolescencia.



Figura 11. Clasificación de grupos vulnerables (Portal del estado dominicano, 2015).



1.7 EL ADOLESCENTE: UN ABORDAJE HOLÍSTICO

La adolescencia es un periodo de intensos cambios físicos y psicosociales que marca la transición entre la infancia y la edad adulta. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios en su desarrollo físico y emocional, condicionado por diversos procesos biológicos y psicológicos de preparación para la edad adulta.

En el orden funcional corporal orgánico, el desarrollo permite el perfeccionamiento de funciones antiguas y el desenvolvimiento de otras nuevas, mientras que, en el orden psíquico, significa adaptación del individuo a su nueva dimensión orgánica y capacidades fisiológicas, integrando un ego personal pensante, capaz de conocimiento y objetivación de su propia realidad existencial humana, heterosexual, cultural, ocupacional y moral.

La pubertad delimita el comienzo de la adolescencia, constituye una fase del desarrollo humano en la que tienen lugar los procesos biológicos orientados a alcanzar la capacidad reproductora. Su edad de comienzo es variable (entre los 8.5 y los 13 años para las niñas y entre los 9.5 y los 14 años de edad en los niños) y mantiene una relación más directa con el grado de maduración ósea que con la edad cronológica.

“Ningún esquema específico de desarrollo psicológico podrá describir de forma concreta y precisa a cada adolescente. La adolescencia como período no constituye un tiempo homogéneo en cuanto a las características biológicas y emocionales por las que los sujetos pasan, sino que cada adolescente constituye una entidad particular respondiendo y afrontando de forma particular las oportunidades y exigencias que la vida le brinda. El proceso de transición que



supone el paso de la infancia a la adolescencia no es uniforme, ya que el crecimiento biológico, social e intelectual a menudo resulta totalmente asincrónico” (Aguilar, 2012).

Existen características universales en los adolescentes debido a su estructura psicobiológica, pero no podemos ignorar la importancia de los aspectos socioculturales que influyen en un determinismo específico de las manifestaciones de la adolescencia; Por los cambios físicos tan importantes que se dan en un corto

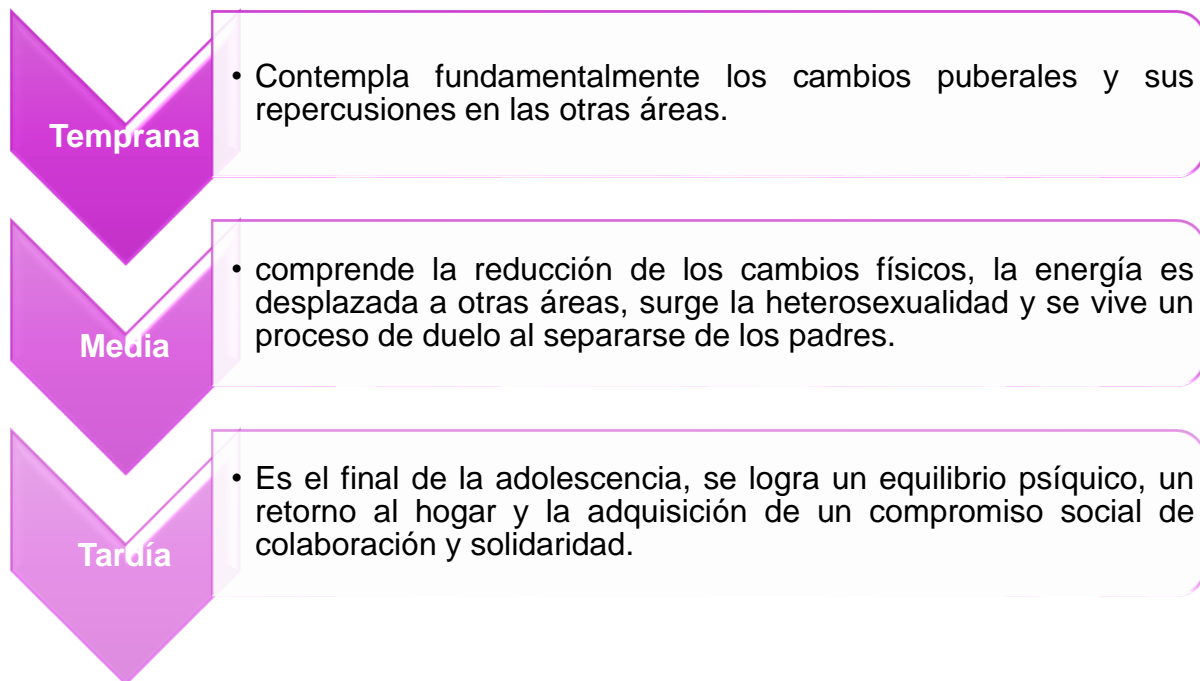


Figura 12. Sub - etapas de la Adolescencia (Martínez, 2013).

En cada una de estas sub etapas, se analizan las cuatro áreas que se han planteado a través del desarrollo del niño y del adolescente. Áreas: psicomotora, cognoscitiva, afectiva y social, Estas divisiones en sub etapas y áreas tienen sólo un fin didáctico, ya que en la vida real es difícil diferenciarlas, pues se integran en un todo armónico.



Desarrollo en la adolescencia

Sub etapas	Psicomotor	Cognoscitivo	Afectivo	Social
Temprana 10-13 a	<ul style="list-style-type: none">• Cambios puberales• Menstruación• Derrames nocturnos	<ul style="list-style-type: none">• Pensamiento crítico	<ul style="list-style-type: none">• Aumento cualitativo de la precisión instintiva	<ul style="list-style-type: none">• Abandono de la casa e integración a grupo de amigos
Media 14-16 a	<ul style="list-style-type: none">• Integra los cambios físicos• Sistematización de la práctica deportiva	<ul style="list-style-type: none">• Experimenta sus procesos internos como únicos	<ul style="list-style-type: none">• Orientación sexual• Idealización del objeto amoroso	<ul style="list-style-type: none">• Rebeldía a la figura de autoridad, lucha por sus espacios y tiempos
Tardía 17-20 a	<ul style="list-style-type: none">• Perfección y exigencia en prácticas deportivas o artísticas	<ul style="list-style-type: none">• Equilibrio yoico• Constancia de identidad	<ul style="list-style-type: none">• Equilibrio emocional• Impulso sexual• Encuentra su objeto sexual	<ul style="list-style-type: none">• Retorno al hogar• Reconciliación con los padres• Integración a la sociedad

Tabla 3. Características de desarrollo en sub etapas de la adolescencia (Martínez, 2013).



Las amplias variantes respecto a la edad en que aparecen los primeros cambios puberales en el niño da origen a diferencias físicas notables; así, entre las edades de 13, 14 y 15 años, se pueden encontrar estadios que van desde la madurez completa hasta la pre adolescencia. Este hecho plantea difíciles problemas sociales y educacionales y, por sí mismo, es un factor que contribuye a producir algunos trastornos en la adaptación psicológica del adolescente (Aguilar, 2012).

1.7.1 PROMEDIO DE APARICIÓN DE LOS CARACTERES SEXUALES PRIMARIOS Y SECUNDARIOS

Edad (años)	Hombres	Mujeres
8-10	-	Crecimiento de los huesos pelvianos, brote de los pezones
10-11	Primer crecimiento de testículos y pene	Brote de las mamas y vello pubiano
11-12	Actividad prostática	Cambios en el epitelio vaginal y frotis, crecimiento de genitales externos e internos
13-14	Crecimiento rápido de testículos y pene. Tumefacción sub areolar de pezones.	Vello axilar, menarquia (promedio: 12.6 años, entre los 9 – 14 años) la menstruación puede ser anovulatoria los primeros dos años
14-15	Vello axilar, bozo en labio superior, cambio de voz.	Presencia de acné
15-16	Espermatozoides maduros (promedio: 15 años, oscila	Acné, voz más profunda



entre 11 ¼ y 17 años)		
16-17	Vello facial y corporal, acné	Detención del crecimiento esquelético
19	Detención del crecimiento esquelético	-

Tabla 4. Promedio aproximado y aparición de los caracteres sexuales en ambos sexos
(Martínez, *et al.*, 2017)

1.7.2 EL CEREBRO ADOLESCENTE

La adolescencia es un periodo evolutivo que contempla importantes cambios en la maduración del cerebro, es en la adolescencia que emerge un proceso de “poda” de sinapsis corticales, lo que supone una reducción de materia gris, junto con aumento de la mielinización. (Tapia, *et al.*, 2017)

Dicha remodelación neuronal permite alcanzar una mejor comunicación entre las regiones cerebrales corticales y las subcorticales, facilitándose así el funcionamiento óptimo de los sistemas sensomotor, motivacional, emocional y cognitivo. Este proceso madurativo no es homogéneo, pues ciertas regiones corticales maduran antes que otras. Durante la adolescencia, tiene lugar la maduración gradual de las áreas frontales, media y laterales, responsables de las funciones cognitivas superiores. Las estructuras cerebrales más posteriores y profundas, responsables de las funciones más primitivas, lo hacen más tempranamente demandando ciertas necesidades. (Tapia, *et al.*, 2017).



EL CEREBRO ADOLESCENTE

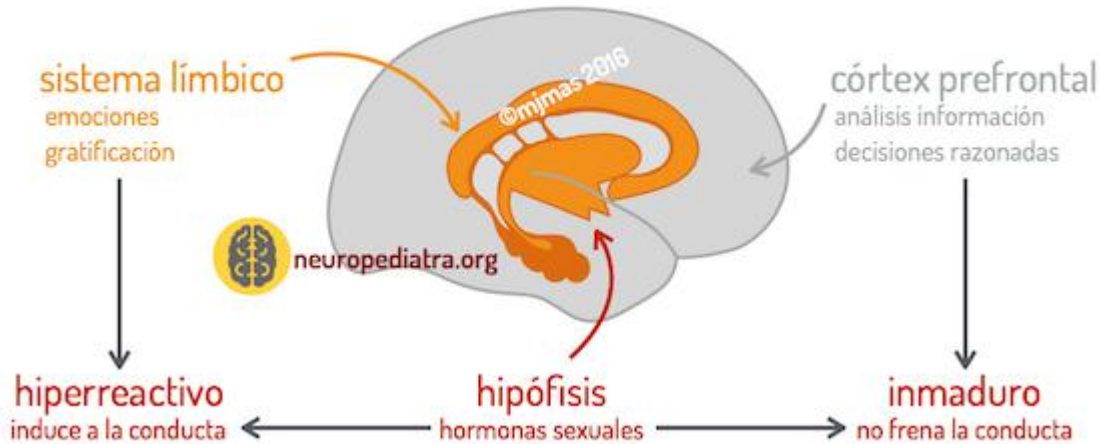


Figura 13. El cerebro adolescente (Neuropediatría, 2016).

El neurodesarrollo adolescente tiene lugar primordialmente en 3 regiones cerebrales asociadas a:

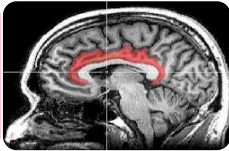
- Motivación
- Impulsividad
- Susceptibilidad adictiva

Este fenómeno implica que la impulsividad y la búsqueda de novedad, características temperamentales propias de la adolescencia puedan explicarse en parte por los 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 promover tanto impulsos para aprender en orden a adaptarse a papeles sociales adultos, como conferir una mayor vulnerabilidad a los efectos adictivos de las drogas y a imponer conductas mediante la violencia (Papalia *et al.*, 2009; Segura & Mesa, 2011; Tapia *et al.*, 2008, 2009, 2012, 2013).

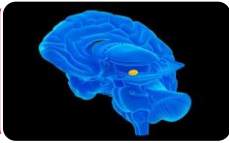
El desarrollo del sistema límbico puede acelerarse gracias a la secreción de hormonas sexuales y la maduración sexual propias de la pubertad y los procesos



emocionales gobernados por dicho sistema pueden desarrollarse antes y más rápidamente que los procesos cognitivos; El desarrollo emocional y las respuestas ante situaciones de estrés se basan en la maduración del sistema límbico que incluye 3 estructuras cerebrales (Toro, 2010).



La maduración del sistema límbico que incluye 3 estructuras cerebrales



Amígdala:

- Implicada en la identificación de señales de amenaza importantes procedentes del entorno



Hipocampo

- Responsable del almacenamiento en la memoria de información y experiencias relacionadas con las emociones. Es una estructura que puede resultar dañada en situaciones de estrés grave o crónico.



Hipotálamo

- Implicado en las respuestas a través de sus conexiones con la hipófisis y las glándulas suprarrenales

Figura 14. Estructuras cerebrales presentes en la maduración del sistema límbico (Toro, 2010).

Los cambios en capacidad afectiva, motivacional y cognitiva que se constatan a lo largo de la adolescencia, guardan relación con los hallazgos neuroanatómicos 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.



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 pre frontal. La evolución de la emotividad se evidencia a través de características temperamentales que se manifiestan antes de la aparición del control voluntario (Rivera & Fuentes 2016).

Esta desincronización entre el desarrollo emocional (sistema límbico) y el de los procesos de autocontrol (corteza pre frontal), 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.

Por otro lado, durante la adolescencia se produce, en la corteza pre frontal, 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; Velázquez, 2011).

1.7.3 ADOLESCENCIA Y ENTORNO FAMILIAR.

La adolescencia se caracteriza por el comienzo del cambio desde la dependencia de los padres hacia un comportamiento más independiente. Los hechos más habituales de este período son (Lillo Espinoza, 2004):

1. Menor interés por las actividades desarrolladas por los padres y un mayor recelo a la hora de aceptar consejos.
2. Gran vacío emocional tras la separación de los padres. Dicho vacío puede ocasionar trastornos de comportamiento, manifestados a menudo en una disminución del rendimiento escolar.
3. Humor variable y comportamiento inestable.



Los conflictos familiares resultan mayores conforme el adolescente muestra menos interés por los padres y dedica una mayor parte de su tiempo a sus amigos.

En la adolescencia se define la personalidad, se construye la independencia y se fortalece la autoafirmación. Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos, confusión y búsqueda de respuestas e identificación; presentándose confrontaciones tanto internas como externas, de búsqueda por la adquisición de independencia y mantener una vida íntima propia alejada de las restricciones impuestas por padres y figuras de autoridad, lo que da lugar a una comunicación especial entre ellos, e interés por adentrarse en zonas de “menor riesgo” donde el alcance y la supervisión de los padres llega a ser inalcanzable, existiendo así mayores vertientes por las cuales su “independencia” puede costearles riesgos que desconocen o minimizan.

Es importante destacar que la familia y la comunidad representan un apoyo fundamental para los adolescentes dependen así también de su escuela, sus servicios de salud y su lugar de trabajo para adquirir toda una serie de competencias importantes que pueden ayudarles a hacer frente a las presiones que experimentan y hacer una transición satisfactoria de la infancia a la edad adulta. Los padres, los miembros de la comunidad, los proveedores de servicios y las instituciones sociales tienen la responsabilidad de promover el desarrollo y la adaptación de los adolescentes y de intervenir eficazmente cuando surjan problemas.

1.7.4 IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN EL ADOLESCENTE

Muchos son los conceptos de familia. Una definición que se ha tornado algo clásica, es la que cita Valbuena Vanegas, precisando que la familia es “la célula o núcleo básico de la sociedad, como la institución social primaria, como un subsistema social o como una relación social”. Es tal, la complejidad de establecer un concepto de familia que, en el Diccionario de la Real Academia



Española, se tiende a no complicarse demasiado, considerando a la familia como un grupo de personas relacionadas entre sí y que viven juntas. Una definición muy concreta pero que todavía deja algunas ambigüedades, pues no explica un componente afectivo-relacional como es el tema de la cohesión afectiva (Placeres, Olver, Rosero, Urgilés & Abdala, 2017).

El humano es un ser social inserto en un mundo de interrelaciones permanentes y universales, de manera que se reúne con sus semejantes construyendo diversas formas de organización social, entre estas: la familia.

Hablar de familia como organización social es hablar de diversidad, si bien con el progresivo desarrollo de la sociedad, ésta ha ido cediendo terreno a las funciones educativas, y parece insustituible en los procesos formativos primarios relacionados con los sentimientos, las actitudes, los valores y la asimilación e interiorización de pautas sociales. La mayoría de los comportamientos y maneras de ver el mundo, tienen su origen en el núcleo familiar, siendo ésta, claramente, el primer contexto de aprendizaje para el individuo. Las organizaciones familiares se transforman permanentemente y construyen lo cognitivo, lo simbólico y lo afectivo al interior de su grupo social “familia”, siendo el resultado provisional de una cadena de elecciones personales de cada uno de sus miembros (Araque, 2013).

Es el grupo de intermediación entre el individuo y la sociedad, en cuyo ámbito el sujeto adquiere su identidad y su posición individual dentro de la red intergeneracional. Constituye el grupo más primario del ser humano; en ella el hombre inscribe sus primeros sentimientos, sus primeras vivencias e incorpora las primeras pautas de comportamiento y le da sentido a su vida. Sin embargo, a pesar de las grandes transformaciones del mundo contemporáneo, la familia sigue siendo el hábitat natural del hombre, ya que cumple funciones que son insustituibles por otros grupos e instituciones.

Las funciones de la familia están sujetas a variaciones relacionadas con los cambios de estructura y con la etapa que atraviesa, sin embargo, a pesar de la



diversidad familiar continúan resaltando las funciones básicas: la biológica, social, la económica, la educativa cultural y la afectiva, que siempre se manifiesta a través del cumplimiento de las anteriores. El convivir en familia requiere la puesta en práctica de un conjunto de estrategias que puede favorecer la dinámica de las relaciones internas, las cuales, a la vez, permiten evaluar el funcionamiento familiar. Muchos autores describen que para evaluar esta dinámica se deben tener en cuenta indicadores como: cohesión, armonía, comunicación, roles adaptabilidad, permeabilidad y afectividad. En la medida en que la familia sea capaz de actuar de forma unida, cohesionada, sin perder la autonomía de cada miembro, cambiar las estrategias cuando sea necesario, o sea, de afrontar adecuadamente sus problemas o crisis, sin que afecte su comunicación, tiene mayores posibilidades de gozar de salud familiar y por tanto de un buen funcionamiento familiar (Placeres, *et. al.*, 2017).

El reconocimiento de la coexistencia de diversas formas de organización familiar (incluida la propia familia nuclear), plantea como aspecto importante, considerar el mundo material y subjetivo de las familias, constituido por su realidad en movimiento, sus pensamientos y representaciones, que se hacen presentes a través de ideas que constituyen significados contraponiéndolos a los constructos sociales simbólicos que connotan a las familias desde sus semejanzas, lo que invita a repensar los modos de comprender la configuración familiar porque es difícil encontrar un concepto de familia que los generalice a todos (Araque, 2013).

Vidal (2003), señala que la familia es el lugar donde se construye la cultura, se genera y transmite la forma básica de valor moral, las diferentes maneras de vinculación social, que sostiene lo comunitario y lo imaginario, es decir el sistema de representación de la cultura, que sabemos está compuesta de creencias, valores y sentimientos. Para Loyácano (2002), la familia es una institución social afectada por los cambios que continuamente suceden en sociedad, razón por la cual realizan nuevas prácticas familiares que las hacen diferentes (tradicionales, transicionales y posmodernas), con características propias a cada una de ellas,



asume diferentes estructuras y formas de funcionamientos, sin embargo, esto no significan que sean disfuncionales.

En consecuencia, hablar de familia es hablar de diversidad, en este sentido según Quiroz (2000), es posible clasificar la diversidad familiar a través de la construcción de la siguiente tipología:

1. Hogar unipersonal, estructura unipersonal y ciclo individual:

El hábitat está constituido por una sola persona, generalmente un adulto. Surge por opción o necesidad, independientemente de su situación afectiva, lo que no excluye el desarrollo de relaciones eróticos-afectivas o de parejas filiales. Es frecuente en las personas solteras, viudos o ancianos y, crece en grupos poblacionales que han vivenciado procesos de conyugalidad y parentalidad, prevaleciendo en los estratos altos de la sociedad.

2. Familia uniparental/monoparental:

Corresponde a la unidad familiar que desde su constitución tiene una estructura monoparental centrada en la figura materna o paterna; o que, debido a la desintegración de la díada parental-conyugal, falta el padre o la madre, sea por fallecimiento, separación o ausencia temporal o definitiva, y en el cual junto a los habidos se constituye una familia incompleta.

3. Uniones consensuales:

Son aquellas unidades familiares en las cuales hay comunidad de hechos y techos, asidua y duradera y, en donde la vida en parejas se desarrolla ostensiblemente a los ojos de los demás, como si se tratara de un verdadero matrimonio.



4. Familias reestructuradas, recompuestas, reconstituida, simultánea o recompuesta:

Es la unidad familiar que se constituye después de una desintegración, reestructurando la díada conyugal-parental, a través del matrimonio o de la unión consensual.

5. Familia agregada:

Es aquella unidad familiar formada por dos personas divorciadas, con hijos, que se casan entre sí, aportando los hijos de sus relaciones anteriores. En su dinámica se descubren “los hijos tuyos”; “los míos”; además, “los tuyos del primer matrimonio”; más “los del segundo”; “los míos del primero”; “los del segundo”; “los míos del primero”; “los del segundo” y “los nuevos actuales”.

6. Familia adoptiva:

Es aquella que nace de acto jurídico o resolución judicial y que crea entre dos personas, que no son necesariamente parientes consanguíneos, relaciones ficticias y civiles de parentesco y filiación.

7. Hogar o unidad domestica u hogar colectivo:

Es una estrategia de sobrevivencia donde las personas están unidas voluntariamente para aumentar el número de perceptores económicos lograr economías de escala. No hay claridad en el tipo de relaciones que media entre sus miembros, y en cada caso se establece por concertación. Pueden o no incluir vínculos sentimentales, de autoridad, de solidaridad, de poder, o sólo presentarse uno de ellos; lo imprescindible es la relación económica de sus componentes. Algunas formas de hogar más reconocidas son: cuarteles, conventos, campamentos, asilos, hospitales, hogares estudiantiles, cohabitación juvenil, etc. Como experiencias atípicas de convivencia, se registran también los hogares de



niños de la calle, orfanatos, hogares sustitutos, entre otros. En efecto, se reconoce la existencia de una amplia diversidad familiar, expresadas en el mundo de la vida cotidiana. Constituye un espacio complejo y contradictorio atravesado por modelos hegemónicos establecidos en el discurso de la modernidad, pero donde confluyen también, lo deseado por la familia y lo dado en la interrelación texto-contexto.

Tabla 5. Clasificación de la diversidad familiar (Quiroz, 2000).



Figura 15. Tipos de familias (Lifeder, 2014).



1.7.5 CONDICIONES FAMILIARES QUE ATENTAN CONTRA LA SEGURIDAD Y LA AUTOESTIMA DE LOS MIEMBROS DENTRO DE UNA FAMILIA

La convivencia dentro de una familia tóxica es absolutamente devastadora para cada uno de sus miembros, y esto tiene consecuencias directas con la aparición de ciertas psicopatologías asociadas a tener que lidiar con altas dosis de presión, estrés y hasta malos tratos (Molina, 2016).

Etiquetas y roles: Estas frases, dichas una y mil veces en el entorno familiar, acaban por afectar seriamente a los integrantes, su identidad, la forma en cómo se percibe y se valora a sí mismo. A pesar de que la persona a quien se tribuyen los calificativos no sea digna de ellos, oír ese adjetivo repetidamente en las personas de su familia, a las que admira, sientan un precedente sobre cómo debe comportarse o actuar, de acuerdo con las expectativas generadas. Esto es lo que se conoce como profecía autocumplida o Efecto Pigmalión, ya que el rol o la etiqueta que los adultos le han impuesto al niño acaban convirtiéndose en una realidad. Poner una etiqueta a un hijo es una forma de contaminar su conducta, inculcándole ciertas ideas esencialistas sobre cómo es o cómo deja de ser. Estas etiquetas, son fáciles de propagar y suelen ser repetidas hasta la extenuación por diversas personas, enquistándose cada vez más en el entorno cercano del niño, lo cual agrava el problema.

Afecto mal dirigido: Muchos padres y madres usan una máxima recurrente que repiten a sus hijos siempre: “nadie te va a querer como te queremos nosotros”. Esta frase, aunque puede tener gran parte de razón, frecuentemente hace que muchas personas que se han sentido poco queridas en su entorno familiar asuman que, de alguna manera, no tienen ningún derecho a sentirse mal, puesto que todo lo que hizo su familia fue “por su bien”. Esto, en casos extremos, puede llevar a que no se denuncien situaciones de abuso o malos tratos. Compartir genes con alguien no es motivo para que alguien se crea con el derecho de hacer daño, manipular o coaccionar. Sentar las bases de las relaciones familiares en el



respeto es el primer paso hacia una mejor comprensión de nuestras identidades y espacios.

Sobreprotección: Una de las tareas más difíciles de los padres a la hora de educar a sus hijos es mantener un equilibrio entre establecer normas y hábitos de comportamiento y amar y consentir a los hijos. Este estilo de crianza no es positivo en absoluto, ya que el niño no se enfrenta a situaciones sociales o de riesgo controlado por la sobreprotección que ejercen sobre él sus padres, con lo cual no vive las experiencias necesarias para que pueda madurar y afrontar sus propios retos. Bajo este estilo de aprendizaje, la mayoría niños se vuelven algo más inseguros y parados que los demás.

Deseos e inseguridades proyectadas en los hijos: Los hijos no deben servir como una forma de arreglar problemas de pareja, ni de sentirse respetado por los demás, y mucho menos una forma de trasladar frustraciones y deseos incumplidos hacia otra persona. Tratar de comparar o presionar a un niño para que sea lo que se quiere que sea no solo le aboca a una situación de vulnerabilidad emocional, sino que puede mermar su autoestima y coartar el libre desarrollo de su personalidad (Molina, 2016).

1.7.6 TIPOS DE CRIANZA

Hablar de estilos de crianza es hacer mención a la manera como el padre educa a su hijo y la relación que hay entre ellos. La interacción, la relación y la comunicación afectiva, hacen del sistema de la familia un complemento para la socialización de la crianza. También, las bases éticas y morales de dicho sistema determinan algunos estilos de crianza, y estos, a su vez, condicionan entre otras cosas, el desarrollo emocional y afectivo de los individuos, por tanto, los estilos de crianza suponen la base para formar individuos más o menos adaptativos a las demandas sociales, así se ha estudiado el presente tema en diversos países alrededor del mundo. Cuando se habla de estilos de crianza se hace referencia a un conjunto de conductas ejercidas por los padres hacia los hijos (niño, niña),



teniendo en cuenta que los padres son los principales responsables del cuidado y protección de los niños/niñas, desde la infancia hasta la adolescencia (Céspedes, 2008; Papalia, 2005; Sordo, 2009).

La familia puede considerarse como la primera escuela en la que el ser humano aprende acerca de sus valores o lo que es aceptado por las reglas de la sociedad en la cual vive. Según Goleman (1997), “la vida en familia es la primera escuela de aprendizaje emocional; es el crisol doméstico en el que se aprende a sentirse uno mismo y en donde se asimila la forma en que los demás reaccionan ante nuestros sentimientos”. Por lo tanto, en la familia se aprende a entender los sentimientos de los otros y a responder hacia éstos.

La familia es el primer nivel de socialización de los seres humanos por en cuyo seno también se desarrolla la personalidad y los estados emocionales, en consecuencia, se convierten en uno de los contextos más importantes para el desarrollo evolutivo de cada individuo. Según Bornstein (2002) y Torío (2003), nadie parece dudar de que la familia sea el contexto de crianza más importante en los primeros pasos de vida de la evolución de un individuo y es donde se adquieren habilidades sociales y comunicativas y los primeros hábitos que permitirán tomar la autonomía y las conductas decisivas para la vida. Musitu, Román y Gracia (1988), consideran que los elementos que determinan los estilos de crianza contribuyen a una mejor práctica educativa, estas serían la estructura, el afecto, el control conductual, la comunicación, la transmisión de valores y los sistemas externos. Los cuatro primeros hacen alusión a las relaciones intrafamiliares o micro sistémicas, y las últimas hacen referencia a la dimensión social, siendo esta la que se extiende como análisis en el estudio de la socialización. La posición dentro de un supra sistema (ambiente social) explicará en gran medida la toma de postura y modos de actuación en un sistema (familia).

Según Rodrigo y Palacios (1998), los estilos o prácticas de crianza que pretenden los padres en cada familia sirven para modular y canalizar las conductas de los hijos en la dirección que ellos consideren adecuada. Estos estilos de crianza se



basan en lo aprendido en la propia familia paterna y materna, por tanto, se transmiten de generación en generación a partir de la experiencia de vida familiar.

Patterson (2002), señala que las pautas de crianza son el principal determinante del comportamiento antisocial en el niño. En este caso en particular, los estilos de crianza son un mecanismo básico denominado condicionamiento de escape, según el cual un niño aprende a responder de forma aversiva para la importancia de investigar acerca de los estilos de crianza y sobre las repercusiones que esto acarrea consigo. Los padres autoritarios y permisivos no propician un despliegue adecuado de habilidades sociales (Valiente, Fabes, Eisenberg y Spinrad, 2004). Mientras que un estilo de crianza basado en el afecto y en el control inductivo, favorece el desarrollo de conductas socialmente adecuadas (Confalonieri & Giuliani, 2005; Isaza, 2012).

Los estilos parentales usados para la crianza se relacionan con dimensiones tales como; el tipo de disciplina, el tono de la relación, el mayor o menor nivel de comunicación y las formas que adopta la expresión de afecto.

Estudios comparados sobre crianza en diferentes países muestran que por ejemplo en Japón los padres y madres enfatizan la estimulación de habilidades de auto-control, la obediencia a la autoridad adulta, la cortesía social en las relaciones de padres y madres con hijos e hijas y el fomento de metas grupales. Por su parte, otros países como Estados Unidos centran su crianza en la acción individual, la lucha por los propios derechos, la asertividad, la autonomía y la competitividad (Córdoba, 2014).



ESTILO	CARACTERISTICA	COMPORTEAMIENTO
Autoritario (TooHard)	Hay baja sensibilidad, alta exigencia y bajo nivel de autonomía otorgada	El padre autoritario es rígido, duro y exigente
Permisivo (TooSoft):	Hay baja exigencia, con alta capacidad de respuesta	El padre permisivo es excesivamente sensible a las demandas del niño, y bajo nivel de exigencia paterna
Democrático	Se caracteriza por alta sensibilidad, alta exigencia y autonomía otorgada	El padre democrático se involucra e interesa por las actividades y el bienestar del hijo, permitiendo autonomía y expresión
Negligente	Hay bajo nivel tanto de calidez como de exigencia paterna y autonomía otorgada.	El padre negligente es poco comprometido, que muestra bajos niveles tanto de calidez como de exigencia paterna y autonomía otorgada.

Figura 16. Estilos de Crianza (Cordoba, 2014).

ESTILO de DISCIPLINA	COMPORTEAMIENTO
Inductiva o de Apoyo	Los padres tratan de obtener voluntariamente la colaboración de los niños empleando el razonamiento, generalmente acompañado de altos niveles de afectividad y apoyo emocional, así como de manifestaciones de aprobación y alabanza junto con recompensas materiales
Coercitiva o Afirmación de poder	Se emplea la fuerza por parte de los padres ante una confrontación de poder con el hijo, utilizan el castigo, tanto en su variante física como verbal y la privación. Lo propio de la coerción es el control externo de la conducta del hijo y puede aparecer ligada a bajos niveles de comprensión y apoyo.
Indiferencia o Negligencia	Es un tipo de interacción carente de sistematización y de coherencia puesto que es, principalmente, un reflejo del estado anímico de los padres. Conlleva un mensaje difuso de irritación o descontento con respecto al hijo como persona, más que un requerimiento para que éste deje de comportarse de una forma determinada y no suele ofrecer un modelo con el que el hijo pueda identificarse e imitar.

Figura 17. Características de estilos de disciplina aplicada en la crianza (Cordoba, 2014).



Estilos de crianza

La educación que damos a nuestros hijos puede estar regida por dos variables principales, el control y el apoyo. Estas variables producen diferentes efectos en la interacción de nuestros hijos con otras personas

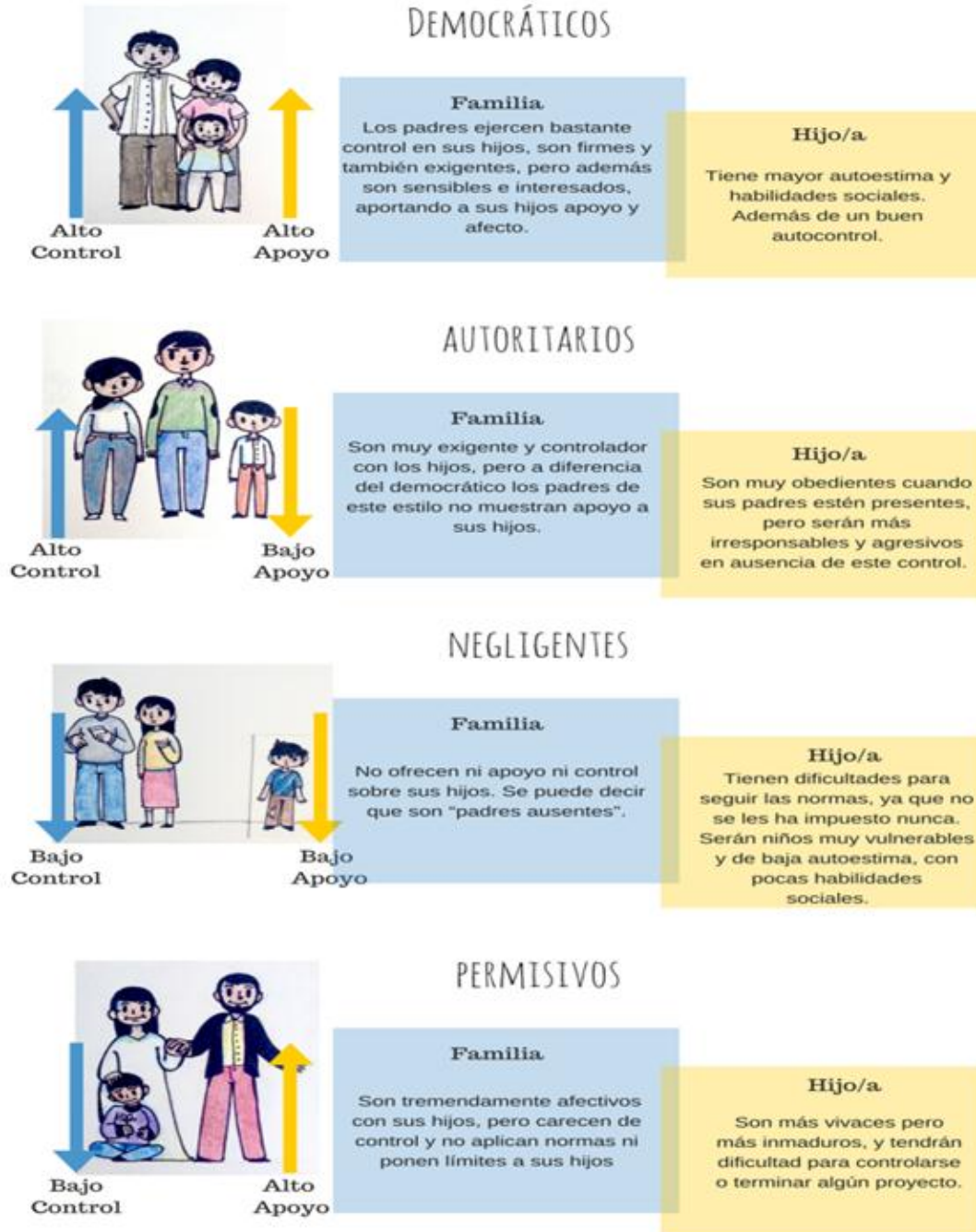


Figura 18. Infografía de estilos de crianza (Pinterest).



1.7.7 EL ADOLESCENTE Y SU ENTORNO SOCIAL

La proyección al mundo exterior que tiene el adolescente varía en relación con sus intereses, personalidad y el entorno por el cual ha sido influenciado, medios de información masiva como son la radio, tv; y en mayor medida el uso de internet en donde circulan sinfín de condiciones que pueden tergiversar su sentido de abstracción e influir de forma positiva o negativa en su toma de decisiones.

Muchos adolescentes, dentro de su círculo social, se ven sometidos a presiones para consumir alcohol, tabaco u otras drogas y para empezar a tener relaciones sexuales, y ello a edades cada vez más tempranas, lo que entraña para ellos un elevado riesgo de traumatismos, tanto intencionados como accidentales, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (Sánchez De La Torre Mayra E., 2016).

Muchos de ellos también experimentan diversos problemas de adaptación y de salud mental. Los patrones de conducta que se establecen durante este proceso, como el consumo o no consumo de drogas o la asunción de riesgos o de medidas de protección en relación con las prácticas sexuales, pueden tener efectos positivos o negativos duraderos en la salud y el bienestar futuros del individuo.

Los principales factores de riesgo encontrados en el entorno social para el consumo de sustancia son: la disponibilidad de las sustancias y la facilidad para adquirirlas; las pocas oportunidades de desarrollo para los jóvenes, el establecimiento de normas sociales que aceptan la violencia, la excesiva publicidad de bebidas alcohólicas y de tabaco, interacción de grupos de jóvenes con adolescentes de mayor edad, el fracaso escolar, el tener amigos consumidores.



Ventajas de los grupos

Sentido de identidad	El hecho de ser aceptado como amigo y de sentirse parte del grupo ayuda a la autoestima y le ayuda a descubrir su verdadero yo.
Seguridad y estabilidad	Los demás pasan por lo mismo. Se sienten apoyados en las discusiones con los adultos.
Intereses compartidos	Sexo, ropa, música, estudios.
Capacidad de relación	Es uno entre iguales. Puede destacarse y en su familia no.
Código de conducta	La pandilla tiene sus leyes y hay que respetarla. Se valora el juicio entre iguales.
Apoyo recíproco	Se ensaya la actividad adulta en charlas y discusiones interminables.

Figura 19. Ventajas de relaciones sociales en el adolescente (Slideshare, 2012).

1.7.8 EL ADOLESCENTE Y SU AUTOPERCEPCIÓN COMO “PERSONA”

La adolescencia se ha presentado comúnmente como un periodo de inestabilidad emocional; sin embargo, la mayoría de los adolescentes (80%) se enfrenta bien a esta etapa y sobreviven sin perjuicios. De este 80%, un 30% de los adolescentes presentan un fácil proceso de crecimiento continuo, un 40% sufre procesos de estrés intercalados con periodos de calma y el otro 30% muestran un desarrollo agitado caracterizado por periodos intensos de arrebatos y estrés” (Aguilar Cordero, 2012). A lo largo de esta etapa, el adolescente vive experiencias de desarrollo que van más allá de la maduración física y sexual, las experiencias vividas en la infancia serán integradas y forjarán el carácter, confianza, auto conocimiento y determinación del adolescente en su introspección por la construcción del “Yo”; dentro de éstas se incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones y la capacidad de razonamiento abstracto cuya finalidad es que la persona alcance completamente la madurez física, psíquica y social.



La construcción de la identidad y autonomía durante la adolescencia, puede considerarse influida por diversos factores genéticos, temperamentales y ambientales. Desde el punto de vista cognitivo, la adolescencia es una época en que los adolescentes alcanzan la etapa de las operaciones formales, son capaces de hacer razonamiento lógico y abstracto, operaciones de meta cognición donde reflexionan sobre sus propios procesos cognitivos. Existe la tendencia a realizar comparaciones con sus compañeros y con lo que perciben como “normas ideales”, lo que los lleva a hacerse más conscientes de sí mismos, afectando o fortaleciendo su auto concepto y autoestima. En su búsqueda por crearse de un sentido de identidad personal, ensayan distintos roles bajo diversos estándares impuestos por ellos y el mundo social, desarrollan la capacidad de adoptar diversas perspectivas, se hacen idealistas e incluso se interesan e identifican por ideas y movimientos religiosos, filosóficos y políticos. Psicodinámicamente, es una lucha por desarrollar independencia, se comienza a formar una identidad sexual y personal propia.

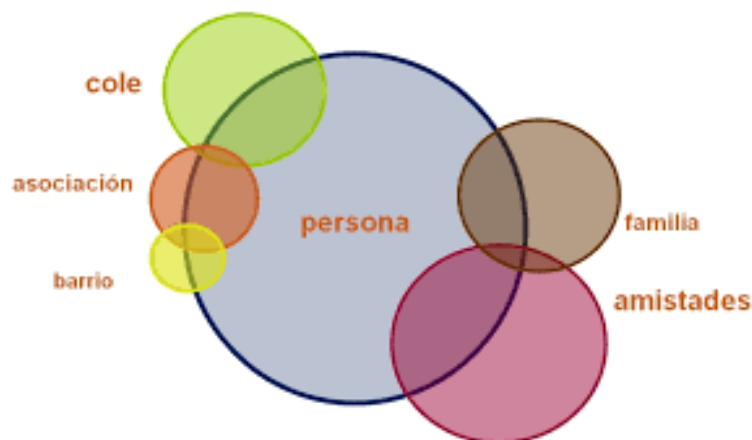


Figura 20. Elementos de la personalidad



1.7.9 TEORÍAS DEL DESARROLLO ADOLESCENTE

1.7.9.1 ERIKSON: CONCEPTO DE “IDENTIDAD”

Erikson centra su análisis del periodo de la adolescencia en el concepto de “identidad”. La cual define como algo compuesto por la herencia genética junto con un modo particular de organizar la experiencia que, a su vez está estructurado por un contexto cultural dado. En consecuencia, la identidad personal se encuentra determinada por la configuración psicológica del individuo y la influencia del medio en que está inmerso. Plantea que la identidad evoluciona durante la infancia mediante procesos de introyección (interiorización de las personalidades de otros individuos significativos) e identificación (asimilación de los roles y valores de otros), la formación de la identidad se produce cuando el adolescente selecciona entre las diversas introyecciones e identificaciones y alcanza una nueva síntesis en respuesta a su medio; esta formación de la identidad continúa a lo largo de su vida. Erikson destaca 8 fases de desarrollo, cada una de las cuales son conflictivas y tiene posibilidad de alcanzar 2 resultados bipolares opuestos de los cuales se puede obtener resoluciones conflictivas o positivas que pueden crear en el individuo un auto concepto positivo o negativo. Sin embargo, menciona que, para que se dé una adaptación personal satisfactoria, son necesarios tanto los elementos sintónicos (positivos) como los distónicos (negativos). Donde el individuo debe lograr un equilibrio entre los resultados bipolares de manera que pueda adaptarse a su entorno (Tapia *et al.*, 2016, 2017; Caltenco & García, 2017; Guzmán *et al.*, 2016).

Las etapas que la persona atravesará según Erikson son las siguientes:

- confianza frente a desconfianza
- autonomía frente a vergüenza y duda
- iniciativa frente a culpabilidad
- laboriosidad frente a inferioridad



Y más marcada en el periodo de la adolescencia menciona la etapa de:

- identidad frente a la confusión de roles

El logro de la identidad personal requiere también que el adolescente desarrolle una filosofía que le proporcione un medio para evaluar los acontecimientos de la vida.

1.7.9.2 EL ENFOQUE COGNITIVO SOCIAL DE BANDURA

Se basa en el análisis de las interacciones recíprocas de las personas con su medio, trata de un proceso en el que tres factores se influyen entre sí, el cual puede identificarse tanto en la edad adulta como en la adolescencia por lo que no contempla una etapa separada denominada “adolescencia”.

Estos factores se denominan de la siguiente manera:

- Medio externo (M)
- Conducta adquirida (C)
- Persona (P), en términos de sus predisposiciones genéticas, cognición, inteligencia, motivación, eficacia personal, auto concepto y creencias.

En donde:

- La constitución neurológica y fisiológica de la persona (P) limita los tipos posibles de conducta (C), pero estos, a su vez, pueden modificarse mediante los esfuerzos del individuo.
- P influye en C y C influye en P.
- Las actitudes y creencias de la persona (P) pueden influir en su entorno social (M) y, a su vez, el entorno social puede modificar las actitudes y creencias de la persona.
- P influye en M y M influye en P.
- Por último, el medio (M) cambia a causa de la conducta (C) de la persona y, recíprocamente, la conducta de la persona es influida por su medio.



- M influye en C y C influye en M

Por tanto, de acuerdo con la teoría de Bandura, las personas no están libres por completo de la influencia de su medio, pero, dentro de ciertos límites, pueden elegir y alcanzar algunos objetivos ejercitando el autocontrol. Tomando en cuenta que lo que marca la adolescencia son la influencia de presiones sociales y culturales, las actitudes y las expectativas y en concordancia con que la construcción de la identidad será un proceso que continuará a lo largo de la vida del individuo el refuerzo cognitivo será un proceso dinámico entre el auto concepto y respuesta al medio.

1.7.9.3 EL REFUERZO VICARIO

Por medio de la observación, las personas comprenden el bien o mal desenlace que conlleva determinada acción. El hecho de ver que otros reciben recompensas o castigos por realizar determinadas conductas puede llevar a la evitación o imitación de tales conductas.

Los factores que se encuentran involucrados en la reproducción de ciertas conductas son:

- Atención: las edades y los niveles cognitivos de los individuos ayudan a determinar la cantidad de atención prestada a un modelo observado. Otras variables que afectan el nivel individual concreto de atención son:
 - Atributos deseables del modelo y la forma de presentarlos
 - Recompensa o castigo de sus conductas por el medio
 - Experiencias previas con un modelo similar
 - Circunstancias o claves determinadas que capten su atención
- Retención: En base a lo observado, la persona requiere tener suficiente capacidad de codificar, almacenar y recuperar información para poder aprender de un modelo observado.



- Reproducción de la conducta: para reproducir exitosamente las conductas observadas, el individuo debe tener un repertorio de destrezas, cognitivas, sociales y motrices.
- Motivación: para hacer la reproducción de las conductas observadas, el individuo se motiva mediante:
 - refuerzo vicario: observan que otros obtienen resultados positivos por la realización de determinadas conductas.
 - refuerzo directo: ven recompensadas sus propias conductas
- Aprendizaje por observación: imitación de conductas adecuadas e inadecuadas de otros por apreciación de categoría o ver que estén “bien hechas”
- Procesos simbólicos: este enfoque enfatiza los aspectos sociales del aprendizaje de una forma de expresión, es decir, la imitación y la observación de los adolescentes con respecto a otros que la utilicen.
- Procesos anticipatorios: hace hincapié en la imaginación o predicción que hagan los adolescentes acerca de lo que pueda ocurrir en el presente o en el futuro. Estas imaginaciones les pueden motivar para que realicen determinadas conductas con el fin de alcanzar las metas deseadas.
- Capacidad de autorregulación: esta capacidad es necesaria para que los adolescentes se fijen objetivos por su propia cuenta, para que se motiven y evalúen sus actividades en términos de éxito o fracaso. Las influencias externas actúan sobre la conducta adolescente, aunque se ejercite la autorregulación.
- Capacidad de autorreflexión: esta capacidad está configurada por cuatro elementos:
 - comparaciones de las actuaciones propias con los objetivos personales
 - comparación de diferentes vías para alcanzar los objetivos y sus consecuencias sociales



- reflexión sobre los medios más eficientes para alcanzar esos objetivos y estimación de la propia capacidad de evaluar hasta qué punto puede alcanzar una persona sus propios objetivos (autoeficacia)
- eficacia personal: refiere a la estimación que haga la persona acerca del grado en el que pueda alcanzar un objetivo dado. Depende del nivel de confianza en su capacidad de conseguir sus objetivos.

La eficacia personal se refuerza con los éxitos previos, viendo que otros con capacidades similares tienen éxito, recibiendo el estímulo de otros y siendo realista con respecto a las propias capacidades.

La previsión de eficacia, es la capacidad de realizar una tarea determinada y la previsión de resultados, es la correcta evaluación de que determinadas acciones se traducirán en resultados específicos.

- Autor refuerzo: los adolescentes pueden fijarse un nivel adecuado de ejecución que, al alcanzarlo, les sirva de estímulo para fijarse niveles cada vez más elevados, aumentando así su autoconfianza. Se considera que este proceso de autor refuerzo es más eficaz que el refuerzo externo.
- Modelado: se refiere a la práctica de la demostración de conductas concretas que otros aprendan por imitación. Puede tener un efecto positivo y negativo, inhibitorio y desinhibidor, sobre el observador.



2. EMOCIONES, PERSONALIDAD Y PERCEPCIÓN

“Estaré allí cuando llores y cuando rías, en tus días de melancolía y en tus alegrías”.

IGNACIO JOSÉ FORNÉS OLMO (2008)

2.1 EMOCIONES

2.1.1 CONCEPTO DE EMOCIÓN

Se entiende por emoción el conjunto de reacciones orgánicas que experimenta un individuo en respuesta a ciertos estímulos externos que le permiten adaptarse a una situación con respecto a una persona, objeto, lugar, entre otros.

La palabra emoción deriva del latín *emotio*, que significa “movimiento”, “impulso”.

La emoción se caracteriza por ser una alteración del ánimo de corta duración, pero, de mayor intensidad que un sentimiento. Por su parte, los sentimientos son las consecuencias de las emociones, por ello son más duraderos y se pueden verbalizar (Tapia, *et al.*, 2017).

Las emociones son las causantes de diversas reacciones orgánicas que pueden ser de tipo fisiológico, psicológico o conductual, es decir, son reacciones que pueden ser tanto innatas como estar influenciadas por las experiencias o conocimientos previos.

Dichas reacciones orgánicas que generan las emociones se encuentran controladas por el Sistema límbico, compuesto por varias estructuras cerebrales que controlan las respuestas fisiológicas. Sin embargo, una emoción también



puede producir un comportamiento que puede ser aprendido con anterioridad como, una expresión facial.

2.1.2 LAS 6 EMOCIONES BÁSICAS SEGÚN PAUL EKMAN

El psicólogo estadounidense Paul Ekman (1934-actualidad) es la figura clave en el estudio científico de las emociones. De forma más concreta, este autor ha dedicado la mayor parte de su carrera profesional a la investigación en torno a las reacciones fisiológicas asociadas a la vivencia de determinadas emociones. Especialmente celebrado es su trabajo sobre la correlación entre las expresiones faciales y las emociones subyacentes a estas (Figuroa, 2013).

Según Ekman (1972) existen 6 emociones básicas; en palabras del autor, esto significa que es posible identificar ciertas señales fisiológicas específicas y acontecimientos que anteceden a su aparición, y que son compartidas por todas las culturas. Estas emociones básicas son:

- el miedo,
- la tristeza,
- la alegría,
- la ira,
- el asco, y
- la sorpresa

A pesar de la popularidad de la teoría de Ekman, investigaciones posteriores han puesto en cuestión sus planteamientos, tanto el número de emociones básicas como otros aspectos de su teoría.

IRA

La ira es una emoción primaria negativa, que se desencadena ante situaciones de conflicto con otras personas o con nosotros mismos. La sensación de decepción, de frustración o de injusticia suele ser el detonante para que la ira se haga con las riendas de nuestros pensamientos y nuestros actos. La ira nos provoca una primera respuesta corporal que nos prepara para la batalla, defensa o ataque: nos acelera el corazón y la respiración, y tensa nuestros músculos. La segunda respuesta es cognitiva y depende de cómo sepamos gestionar ese primer impulso



de ira. Cuando la ira nos domina, nuestros pensamientos se vuelven negativos por anticipado y muy agresivos.

De la ira provienen la rabia, el enojo, el resentimiento, la furia, la exasperación, la indignación, la acritud, la animosidad, la irritabilidad, la hostilidad y, en casos extremos, el odio y la violencia.

TRISTEZA

La tristeza es una emoción primaria negativa que aparece cuando sentimos que hemos perdido algo o a alguien. Cuanto mayor sea nuestro vínculo con lo que hemos perdido, más profunda será la emoción de tristeza y más nos costará desprendernos de ella. Es una emoción que se refleja en el cuerpo y que puede llegar a provocarnos dolor, de ahí que sintamos la necesidad de llorar para vaciarnos de él. Pero también se refleja en el alma. Se caracteriza por que absorbe toda nuestra energía y elimina nuestros deseos y nuestros sueños. A menudo justificamos los momentos de tristeza como buenos maestros de vida por las lecciones que nos enseñan. Su primera lección es siempre demostrarnos que aquello que perdimos fue importante para nosotros (Figueroa, 2013).

De la tristeza provienen la aflicción, la pena, el desconsuelo, el pesimismo, la melancolía, la autocompasión, la soledad, el desaliento, la desesperación y, en casos patológicos, la depresión grave.

MIEDO

El miedo es una emoción primaria negativa que se activa por la percepción de un peligro real o ficticio. Puede ser la emoción más determinante para la supervivencia del ser humano desde sus orígenes. Si bien es cierto que hoy en día nuestro cerebro ha desarrollado una gran capacidad de crear sus propios miedos que poco o nada tienen que ver con el factor de supervivencia. El miedo también nos genera una respuesta física que entre otras cosas conlleva una “inyección” extra de adrenalina que nos prepara para huir. Nuestro cuerpo también



deja aparcadas todas las funciones que no son básicas para no consumir más energía de la necesaria y estar listos para escapar del peligro (real o ficticio). Cuando tenemos miedo sufrimos distorsión en la percepción, sentimos frío, nos cuesta identificar las distancias y los tamaños, etc. Sentimos miedo cuando sentimos que no tenemos el control sobre algo, por lo que la autoestima y el auto concepto que tenemos sobre nosotros mismos son determinantes (Tapia, *et al.*, 2017).

Del miedo surgen la ansiedad, la aprensión, el temor, la preocupación, la consternación, a inquietud, el desasosiego, la incertidumbre, el nerviosismo, la angustia, el susto, el terror y, en casos patológicos, la fobia y el pánico.

DESAGRADO/ASCO

El asco o la aversión es una emoción primaria negativa compleja, es la respuesta causada por la repugnancia que se tiene a alguna cosa o por una impresión desagradable hacia algo o alguien (Tapia, *et al.*, 2017). Mantiene una función similar a la del miedo ya que nos protege de estímulos peligrosos para nuestra salud. Cuando sentimos asco somos capaces de pasar de estar extremadamente hambrientos a perder todo el apetito. Generalmente evita que ingiramos sustancias que pueden ser nocivas o alimentos que no están en buen estado y pueden ser dañinas para el organismo. La respuesta física que nos genera suelen ser las náuseas, los mareos y, por lo general, el deseo de alejarnos del alimento o del objeto de origen.

La aversión genera desprecio, desdén, displicencia, antipatía, disgusto y repugnancia (Figueroa, 2013).

ALEGRÍA

La alegría es una emoción primaria positiva, surge del estado de ánimo que se complace en la posesión de algún bien. Facilita la empatía, y promueve la aparición de conductas altruistas. La alegría nos impulsa a movernos, nos invita a



la acción y nos sirve de recompensa por nuestros logros y nuestras buenas acciones. A nivel fisiológico, sentirnos alegres nos provoca una inyección de endorfinas y dopamina que ensalzan aún más la sensación de bienestar. La alegría se contagia con facilidad a través de la sonrisa. Los desencadenantes de la felicidad son los éxitos o los logros, la consecución de los objetivos que se pretenden (Tapia, *et. al.*, 2017)

La alegría genera felicidad, gozo, tranquilidad, contento, beatitud, deleite, diversión, dignidad, placer sensual, estremecimiento, raptó, gratificación, satisfacción, euforia, capricho, éxtasis y, en caso extremo, manía.

SORPRESA

Es la más breve de las emociones neutras. Constituye una reacción causada por algo imprevisto o extraño, como un trueno o una celebración no anunciada. Se da cuando se producen consecuencias o resultados inesperados o interrupciones de la actividad en curso.

Su significado funcional es preparar al individuo para afrontar de forma eficaz los acontecimientos repentinos e inesperados y sus consecuencias. Se asombran a ella los siguientes términos: asombro, pasmo, estupefacción, extrañeza. (Tapia, *et al.*, 2017).



Figura 21. Emociones básicas y sus términos asociados (Pinterest).

2.1.3 FUNCION DE LAS EMOCIONES.

De acuerdo con algunos autores la emoción desempeña tres funciones principales:

Función adaptativa. Configuran un sistema multinivel de procesamiento de información que garantizan la adaptación y supervivencia de las personas.

Función social: La expresión de las emociones facilita a las personas interactuar con otras, permite a los demás predecir el comportamiento asociado con las mismas y favorece procesos de relación interpersonal.



Función motivacional. Una emoción puede determinar la aparición de la propia conducta motivada, dirigirla hacia determinada meta y hacer que 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 (SEPIMEX, 2014).

Funciones que cumplen las emociones según Reeve (1994)

FUNCIONES	EFFECTOS
Adaptativa	Preparan al organismo para la acción
Social	Comunican nuestro estado emocional
Motivacional	Mueven a la acción

Figura 22. Síntesis de funciones que cumplen las emociones según Reeve (1994).

2.2 LA PERSONALIDAD

La personalidad se encuentra dentro del estudio del campo de la psicología, y se puede explicar desde varias funciones, en primer lugar, permite conocer de forma aproximada los motivos que llevan a un individuo a actuar, a sentir, a pensar y a desenvolverse en un medio; por otro lado, la personalidad permite conocer la manera en la cual una persona puede aprender del entorno (Seelbach, 2013).

2.2.1 DEFINICIÓN DE PERSONALIDAD

La personalidad se puede definir como la estructura dinámica que tiene un individuo en particular; se compone de características psicológicas, conductuales, emocionales y sociales.



El concepto de personalidad proviene del latín *persōna*, y éste probablemente del etrusco *phersu* ('máscara del actor', 'personaje'), el cual —según el Diccionario de la lengua española— procede del griego *πρόσωπον* [*prósōpon*] El concepto de persona es un concepto principalmente filosófico, que expresa la singularidad de cada individuo de la especie humana en contraposición al concepto filosófico de «naturaleza humana» que expresa lo supuestamente común que hay en ellos (Seelbach, 2013).

2.2.2 COMPONENTES DE LA PERSONALIDAD

La personalidad se configura por dos componentes o factores:

- temperamento
- carácter



Figura 23. Componentes de la personalidad (Seelbach, 2013)

a) Temperamento: Todos los seres humanos poseen una herencia genética, es decir, las características que se heredan de los padres, como, por ejemplo, el color de ojos, el tono de piel, e incluso la propensión a determinadas enfermedades. El temperamento es un componente de la personalidad porque determina, de alguna manera, ciertas características de cognición, comportamiento y emocionales.

b) Carácter: Se denomina carácter a las características de la personalidad que son aprendidas en el medio, por ejemplo, los sentimientos son innatos, es decir, se nace con ellos, pero la manera en cómo se expresan forma parte del carácter.



Las normas sociales, los comportamientos y el lenguaje, son sólo algunos componentes del carácter que constituyen a la personalidad (Seelbach, 2013).

2.2.3 TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD

La personalidad puede explicarse desde varios enfoques; en primer lugar, permite conocer de manera aproximada los motivos que conducen a un individuo a actuar, sentir, pensar y desenvolverse en un medio; también es posible conocer la manera en la cual un individuo puede aprender e interactuar en el entorno.

Las explicaciones pseudocientíficas originaron diferentes corrientes de conocimiento, como el psicoanálisis de Sigmund Freud con el desarrollo del aparato psíquico, así como otros estudios de diferentes psicoanalistas; después se desarrollaron los modelos cognitivos, que surgieron a partir de las limitaciones teóricas y prácticas de la corriente conductual, así como el reduccionismo y la metodología del paradigma mecanicista (Seelbach, 2013).

Al paso del tiempo, se desarrollaron otros modelos pertenecientes a las corrientes humanistas, por una parte, se originaron como resistencia a paradigmas anteriores del tipo mecanicista, así como por la curiosidad de explorar áreas del ser humano que antes no era posible estudiar, entre esas áreas se encuentra la personalidad; de esta manera, las teorías de Abraham Maslow, Carl Rogers y Fritz Perls complementaron el paradigma humanista.

No existe una teoría única de la personalidad, sin embargo, hay varias teorías que explican y comprenden al ser humano desde puntos de vista particulares y diferentes.

Existen teorías dentro de la psicología que abordan la personalidad desde distintos enfoques teóricos, por ejemplo, las teorías psicodinámicas determinan que las características intrapsíquicas del ser humano son importantes en el desarrollo de su personalidad; existen teorías conductistas que afirman que la personalidad es aprendida, y que los seres humanos son la suma de conductas



aprendidas; también existen enfoques que ponen especial atención a rasgos específicos o conjuntos de rasgos; otras teorías establecen que la personalidad es un constructo que se forma con relación al ambiente.

Por ejemplo, uno de los primeros modelos o tipologías fue descrita por Hipócrates entre el año 460 y 357 antes de Cristo; la teoría de Hipócrates, quien se considera padre de la medicina actual, establecía que las enfermedades eran causadas por un desequilibrio de los fluidos corporales, también llamados humores.

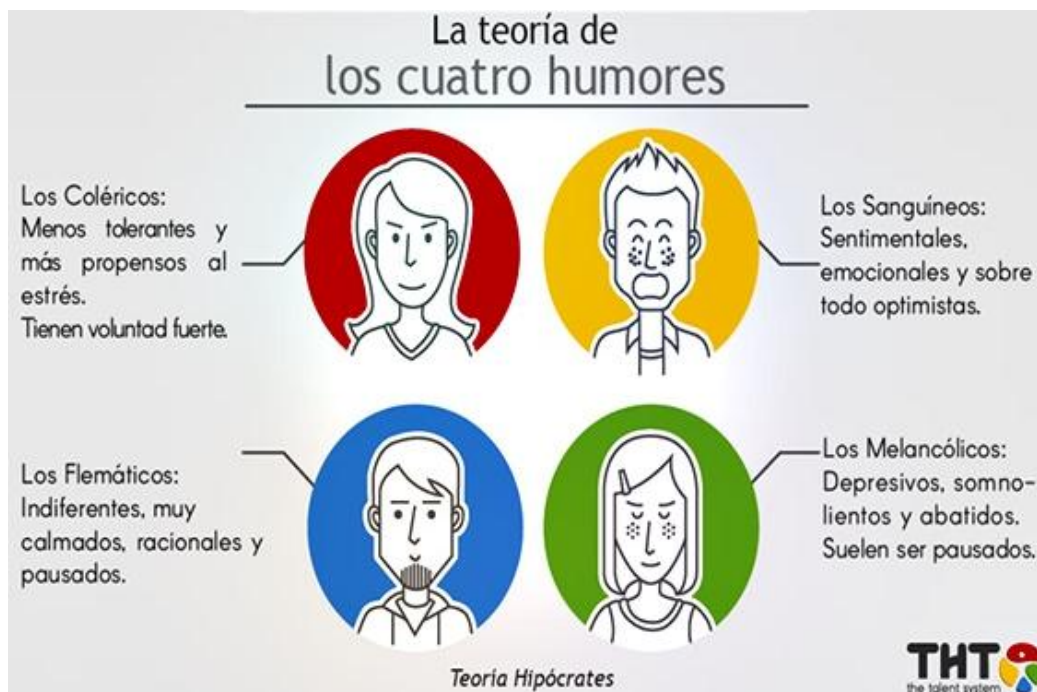


Figura 24. Pictograma teoría de los 4 humores (THT, 2016)

De este modo se originaron cuatro personalidades diferentes que tenían su origen en el tipo de fluido:

- Sanguíneo.
- Colérico.
- Flemático.
- Melancólico.



Tabla de los Cuatro Temperamentos



Figura 25. Descripción en la teoría de los 4 humores (Prepapsique, 2014).

Bajo este supuesto, la personalidad comenzó a determinarse y a explicarse de manera más objetiva, sin embargo, esta categoría de Hipócrates aún carecía de la veracidad científica que necesitaba un estudio relacionado con la personalidad, no obstante, funcionó como base previa para la siguiente clasificación:

- Introverso.
- Extroverso.
- Racional.
- Emocional.

De acuerdo a estas características, las personas podían clasificarse dependiendo de acuerdo a sus características predominantes. Y es así que, a partir de esta clasificación, la teoría de la personalidad comenzó a ganar adeptos dentro de las investigaciones en psicología y psiquiatría, en un intento por establecer parámetros en la descripción de la personalidad humana.

La importancia de una u otra teoría radica en la validez que ésta pueda tener dentro de un campo de investigación científica; una teoría necesariamente



requiere de un sustento filosófico que valide la confiabilidad de las investigaciones realizadas posteriormente. En esta línea se pueden identificar determinadas teorías que efectivamente son consideradas válidas para el estudio del ser humano y su personalidad (Seelbach, 2013).

Las primeras investigaciones surgieron con la observación de determinadas características del ser humano, estas características inicialmente se referían al comportamiento, porque es lo más evidente, posteriormente el comportamiento se clasificó hasta formar un conjunto de características que se encontraban en la mayoría de las personas.

Las coincidencias en la conducta de las personas condujeron a los científicos e investigadores a diferenciar hábitos, rasgos y contextos en los que se desarrollaban. Partiendo de la clasificación anterior (introversión, extroversión, racional o emotivo) las personas desplegaban comportamientos relacionados a las características que poseían, formando así combinaciones específicas y criterios de identificación y agrupamiento respecto a la clasificación de su personalidad, por ejemplo, existen personas introvertidas-rationales, extrovertidas-emocionales, introvertidas-emocionales o extrovertidas-rationales (Seelbach, 2013).

2.3 AUTOESTIMA, AUTOCONCEPTO Y AUTOPERCEPCION EN LOS ADOLESCENTES

La adolescencia es uno de los periodos más críticos para el desarrollo de la autoestima; es la etapa en la que la persona necesita hacerse con una firme IDENTIDAD, es decir, saberse individuo distinto a los demás, conocer sus posibilidades, su talento y sentirse valioso como persona que avanza hacia un futuro. Durante la adolescencia se manifiestan ciertos cambios a nivel socio-



afectivo, físico y cognoscitivo, se desarrollan además la capacidad de reflexionar y pensar sobre uno/a mismo/a y de aceptar una nueva imagen corporal. Al hacer referencia a estos cambios, emerge el término auto concepto, entendiéndose éste como conjunto de percepciones que el ser humano desarrolla sobre sí mismo.

El auto concepto, la autoestima y la percepción de auto valía son tres conceptos fuertemente relacionados entre sí.

El auto concepto es una de las variables más relevantes dentro del ámbito de la personalidad, tanto desde una perspectiva afectiva como motivacional, en él se han distinguido los componentes físico, académico, personal y social. Se define como un sistema de creencias que el individuo considera verdaderas respecto a sí mismo, las cuales son el resultado de un proceso de análisis, valoración e integración de la información derivada de la propia experiencia y la retroalimentación de los otros significativos (García García, González Pineda, González Pumariega & Núñez Pérez, 1997).

El término autoestima se ha empleado principalmente para referirse al componente global del auto concepto que aparece en la cumbre de la jerarquía, la cual es más transitoria, dependiente del contexto e inestable que los componentes específicos del auto concepto. Así, la autoestima fluctúa, en función de las circunstancias específicas que experimenta el individuo, y afecta de forma importante a su motivación. Al depender su autoestima principalmente de los resultados que se producen en ciertas áreas específicas, los jóvenes están motivados por obtener éxito y no fallar en su consecución, experimentando las emociones positivas intensas y elevada autoestima que resultan del éxito, y evitando las emociones dolorosas y baja autoestima que resultan del fracaso (Rodríguez & Caño, 2012).

Desde esta perspectiva, se considera que la autoestima rasgo (o nivel típico de autoestima) depende principalmente de las contingencias de auto valía que experimenta el individuo y de su tendencia a construir circunstancias que



satisfagan dichas contingencias. La autoestima estado (o experiencia momentánea de autoestima) va a fluctuar en torno a dicho nivel típico de autoestima en respuesta a los éxitos y fracasos que experimenta el individuo en las circunstancias vitales relevantes, es decir, en aquellas que son contingentes a su autoestima. Una vez alcanzado cierto nivel típico de autoestima, éste va a producir también efectos en los estilos cognitivos y conductuales de afrontamiento. En concreto, una autoestima alta en adolescentes se asocia con una percepción menos negativa del estrés cotidiano. En cuanto a las relaciones interpersonales, los adolescentes con una alta autoestima se muestran menos susceptibles a la presión de los iguales. Cuando los jóvenes con menor autoestima experimentan fracaso en áreas que son relevantes para su autoestima, llevan a cabo un afrontamiento menos eficaz. Así, tienden a sobre generalizar los fracasos y dirigen sus conductas a evitar las emociones negativas que éstos les producen. El individuo que desde edades tempranas aprende respuestas de evitación para afrontar experiencias que le producen emociones negativas puede llegar incluso a tener dificultades para afrontar eficazmente estas situaciones, lo que hace probable que los fracasos se repitan, retroalimentando así una baja autoestima (Rodríguez & Caño, 2012).

La adolescencia temprana se ha considerado, en particular, un periodo especialmente relevante para la formación de la autoestima, en la cual los individuos se muestran vulnerables a experimentar una disminución en la misma. Esta etapa se caracteriza por la experiencia de acontecimientos novedosos y a veces estresantes que suponen un desafío para la visión que los adolescentes tienen de sí mismos y su estabilidad emocional. Los jóvenes de estas edades manifiestan, con frecuencia, no sólo una disminución sino también fuertes fluctuaciones en sus niveles de autoestima, las cuáles tienden a disminuir conforme avanza la adolescencia y se alcanza la edad adulta. En cuanto a los sentimientos momentáneos de autoestima de los adolescentes, Savin-Williams y Demo (1983) encuentran que los cambios que muestran la mayoría son



impredecibles. Sin embargo, Crocker, *et al.*, (2002) han mostrado, desde el análisis de las contingencias de reforzamiento, que las fluctuaciones en la experiencia momentánea de autoestima por parte de los jóvenes dependen principalmente de que experimenten éxitos o fracasos en aquellas áreas que ponen en riesgo su percepción de autovalía. Así, la inestabilidad de la autoestima refleja las fluctuaciones que se producen como consecuencia de experimentar éxitos o fracasos ante los que los jóvenes son vulnerables, es decir, que ocurren en circunstancias que son relevantes para su autoestima (García, *et al.*, 1997).

La autoestima es un factor crítico que afecta al ajuste psicológico y social. Así, niveles bajos en la autoestima o auto concepto de los jóvenes se han asociado con una serie de síntomas psicopatológicos, síntomas depresivos, desesperanza y tendencias suicidas. Una autoestima o auto concepto bajos también son frecuentes en los jóvenes que tienden a la procrastinación o demora innecesaria en la realización de tareas y en aquellos que manifiestan conductas agresivas, conductas antisociales, violencia escolar y violencia relacional. Se ha encontrado que los adolescentes que muestran una baja autoestima tienden también a un incremento en el consumo de alcohol. En población universitaria, Kavas (2009) encuentra que la baja autoestima se asocia a un incremento en el consumo de alcohol y drogas (García, *et al.*, 1997).

Los hallazgos en torno a la relación entre autoestima y consumo son más consistentes cuando se analiza la autoestima desde un enfoque multidimensional. En concreto, la investigación muestra que una autoestima baja en los contextos familiar y escolar, y una autoestima alta en el contexto de relación con iguales, se asocian con un mayor consumo en adolescentes (Romero, Luengo y Otero López, 1995), y actúan como variables mediadoras de la influencia del funcionamiento familiar sobre el consumo (Jiménez, Musitu & Murgui, 2008). Karatzias, Power y Swanson (2001) encuentran que una baja autoestima en el contexto familiar predice conductas de experimentación con alcohol y drogas, y una alta autoestima en el contexto de relación con iguales predice la experimentación con drogas y un



abuso continuado del alcohol. Otros hallazgos han mostrado también que los jóvenes que se sienten poco valorados por sus padres presentan un mayor consumo de drogas ya desde la pre adolescencia (Pinazo, Pons y Carreras, 2002), y que los jóvenes que muestran una autoestima alta en el contexto social presentan un mayor consumo de alcohol y drogas principalmente en las edades medias de la adolescencia (Cava, Murgui & Musitu, 2008).

Por otra parte, los jóvenes con baja autoestima se caracterizan también por presentar una peor salud física (William, Chan, Chung & Chui, 2010). Entre las actitudes y conductas que se asocian a baja autoestima o autoconcepto y son un riesgo para los problemas de salud destacan un menor rechazo en las adolescentes a mantener relaciones sexuales sin protección (Salazar *et al*; 2004), y trastornos de anorexia y bulimia (Gila, Castro, Gómez y Toro, 2005; Stein & Corte, 2003)

2.4 FACTOR DE CONTROL INHIBITORIO

La inhibición o control inhibitorio podría definirse como la capacidad del ser humano para inhibir o controlar las respuestas impulsivas (o automáticas), y generar respuestas mediadas por la atención y el razonamiento. Esta habilidad cognitiva forma parte de las Funciones Ejecutivas y contribuye a la anticipación, planificación y al establecimiento de metas. La inhibición o control inhibitorio pone freno al comportamiento y detiene las reacciones automáticas inapropiadas, cambiándolas por una respuesta más razonada y más adaptada a la situación.

El Dr. Russell Barkley propuso un modelo de autorregulación del comportamiento donde el control inhibitorio era la base para buen funcionamiento del resto de funciones ejecutivas del cerebro. El control inhibitorio es básico para la flexibilidad mental, el control de la impulsividad o de las interferencias, la memoria de trabajo,



y la regulación del afecto y de las emociones, etc. El déficit de inhibición se puede manifestar en tres niveles diferentes:

Nivel motor: hay un descontrol en de la conducta motora, por tanto, se manifiesta con hiperactividad. Por ejemplo, cuando un niño está en clase y no puede evitar levantarse todo el rato porque está cansado de estar sentado.

Nivel atencional: se manifiesta con distractibilidad y dificultades de prestar atención. Por ejemplo, cuando estamos leyendo un libro y nos distraemos porque oímos el timbre del vecino o vemos la sombra de una paloma pasar por la ventana.

Nivel conductual: se manifiesta mediante actitudes impulsivas que no podemos inhibir. Como, por ejemplo, tocar el claxon enfurecido, cuando el semáforo se ha puesto verde y ves que el conductor de delante no arranca automáticamente.

La inhibición es una de las funciones cognitivas que más utilizamos en nuestro día a día. Es la forma que tiene nuestro cerebro de corregir cualquier tipo de conducta. Gracias a la inhibición callamos algo que pensamos que es mejor no decir, conseguimos mantenernos sentados en la silla atendiendo en clase, estudiando en casa o trabajando en la oficina a pesar de las ganas que tengamos de levantarnos, o conseguimos corregir la trayectoria que tomamos con el coche porque otro vehículo se ha metido en nuestro carril sin previo aviso. Nos permite reaccionar ante situaciones imprevistas o de riesgo y adaptarnos a ella. De este modo, una buena inhibición puede favorecer mejores comportamientos y notas en ámbitos académicos, más eficiencia en el trabajo, mayor seguridad vial y unas mejores relaciones personales (CogniFit, 2018).



3. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN ADOLESCENTES

"Enquistarse en la soledad y la frustración, quejarse constantemente y continuamente de las desdichas y tragedias que nos acosan y no hacer absolutamente nada para modificar aquellas situaciones que nos angustian es un camino certero y seguro hacia la depresión.

Camino, por supuesto, que es recorrido a solas..."

ERIC FROMM

3.1 FACTORES PROTECTORES

Los factores de protección son atributos o características individuales, condición situacional y contexto-ambiente que inhiben, reducen o atenúan la probabilidad del uso de drogas o la transición en el nivel de implicación de las mismas (Tapia, *et al.*, 2009; Rosenberg, 2007). También se definen como las condiciones o entornos que favorecen el desarrollo de los individuos y grupos, que en muchos de los casos reducen los efectos de circunstancias desfavorables. (Tapia, *et al.*, 2016)

Se entiende como conductas de protección aquellas acciones voluntarias o involuntarias, que pueden llevar a consecuencias protectoras para la salud, son múltiples y pueden ser bio-psico-sociales.

La adolescencia es una etapa en la que se busca conformar una identidad, partiendo de un modelo externo. Dicho modelo es elegido por características que concuerden con las necesidades psicológicas y vitales que el adolescente está experimentando. En la construcción de estos modelos también influye el referente social que ha sido transmitido en la relación con sus padres, quienes a su vez lo tomaron de la sociedad (Juárez, 2002; Gómez, 2008).



Los adolescentes son vulnerables a las influencias de los modelos sociales y a los entornos de vida que frecuentan (Máiquez *et al.*, 2004); poco a poco se van separando del primer soporte, que son los padres, para plegarse a nuevos ideales y consolidar nuevas identificaciones con el fin de definir la manera en la que participará dentro de su cultura (Gómez, 2008).

En el campo de la salud, hablar de factores protectores, es hablar de características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud; y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo, de las conductas de riesgo y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad, ya sea general o específica. Donas y Burak (2001) plantean que existen dos tipos de *factores protectores: de amplio espectro*, o sea, indicativos de mayor probabilidad de conductas protectoras que favorecen el no acontecer de daños o riesgos; y *factores protectores específicos* a ciertas conductas de riesgo. Dentro de los *factores de amplio espectro*, nombra: familia contenedora, con buena comunicación interpersonal; alta autoestima; proyecto de vida elaborado, fuertemente internalizado; locus de control interno bien establecido; sentido de la vida elaborado; permanecer en el sistema educativo formal y un alto nivel de resiliencia. Como *factores protectores específicos*, encontramos: el uso de cinturón de seguridad (que reduce o evita accidentes automovilísticos); no tener relaciones sexuales, o tenerlas con uso de preservativo (que reduce o evita el embarazo, ETS, SIDA); y no fumar (reduce o evita el cáncer de pulmón y enfisema). Donas y Burak (2001) considera que el abordaje preventivo debe hacerse desde el marco de acciones que cumplan con ciertos requisitos fundamentales: el objetivo debe ser el desarrollo humano en los adolescentes; las acciones deben ser intersectoriales; la salud debe ser vista desde el concepto de la integralidad; la atención debe ser multidisciplinaria; debe existir un amplio ámbito para la participación social y en salud de los adolescentes y debe existir una amplia participación de padres y profesores (De los Ángeles, 2011).



Loubat, (2006) en su estudio concluyó que la escuela a veces no cumple totalmente con el rol de factor protector, para la detección y pesquisa de alumnos en riesgo. Afirma que, con un trabajo intersectorial fluido entre salud y educación, los educadores, podrían constituirse en vehículo de prevención de riesgo de conductas alimentarias inadecuadas, las cuales podrían derivar en trastornos en general para la salud o quizás en trastornos específicos como bulimia y anorexia. En el estudio de Díaz Aguado (2005) sobre violencia entre adolescentes en la escuela, se destaca, como componentes clave para la prevención: el desarrollo de la cooperación a múltiples niveles (familia, escuela, sociedad) y el currículum de la no-violencia. La práctica cooperativa desde cualquier materia junto con este último, son destacados como componentes básicos de la prevención escolar de la violencia (De los Ángeles, 2011).

Según Serrano, (1995) y Rutter (1992), citados por Rojas (2002), hablamos de factores protectores a las circunstancias, características, condiciones y atributos que facilitan conseguir la salud integral del adolescente y el desarrollo de este como individuo y como grupo. Son definidos por Rutter (1979) como aquellos rasgos de las personas, entornos, situaciones y/o acontecimientos que parecen moderar las predicciones de psicopatología basadas en niveles de riesgo individual. Los factores de protección, si están presentes, favorecen la resistencia ante el riesgo y fomentan resultados caracterizados por patrones de adaptación y competencia (Blasco, 2012).

A continuación, se presenta una clasificación clara y aceptada en relación a tres posibles procesos en cuanto a la protección (Fergus & Zimmerman, 2005):

- **El modelo compensatorio, protector y desafiante.** El modelo compensatorio se da cuando un factor de protección actúa en una dirección opuesta a un factor de riesgo,
- **El modelo protector da un paso más.** Es aquel donde las cualidades o los recursos moderan los efectos de un riesgo y un resultado negativo, por lo tanto, nos referimos ya a situaciones adversas, y actúan en tanto que



pretenden modificar los efectos de un riesgo o reducir la probabilidad de un resultado negativo.

- **El modelo desafiante** es aquel en que la relación entre un factor de riesgo es curvilínea, es decir, la exposición a niveles bajos y altos de un factor de riesgo se asocia con resultados negativos, pero niveles moderados de riesgo están relacionados con resultados menos negativos o incluso, positivos (Blasco, 2012). Esto indicaría que la exposición a bajos niveles de riesgo, ayudaría a preparar a los adolescentes a afrontar los riesgos futuros. Por lo tanto, tal como se explica, la vulnerabilidad o la protección residen más en el mecanismo o proceso que en la variable (Blasco, 2012).

Los factores de protección se han identificado en tres áreas principales (Masten & Reed 2002; citados por Vanderbilt & Shaw, 2008):

- 1) En el niño o adolescente,
- 2) en la familia y
- 3) en la comunidad

1) En el niño o adolescente

- Aspectos actitudinales: son aquellas características que tienen determinadas personas y que permiten que su comportamiento sea especialmente satisfactorio en cualquier entorno en que se encuentren, comprenden:
 - autoestima positiva,
 - alta valoración personal,
 - visión positiva y acorde a las posibilidades de su futuro,
 - excelente grado de autonomía,
 - sentido de control de su vida, de sus éxitos y fracasos.
- Aspectos Cognitivos e intelectuales: hace referencia a aquellas habilidades para la resolución de problemas, toma de decisiones, y capacidad de adaptación a diferentes entornos y finalmente Rasgos afectivos.



- Aspectos de personalidad: a este aspecto corresponde estabilidad emocional, maneras de relacionarse con los demás, despliegue de su carácter en las interacciones diarias. Habilidades sociales y de interacción social: capacidades para la relación interpersonal, empatía de modo que son capaces de establecer relaciones positivas con los pares y adultos (Bonilla & Marcilia, 2015)

2) Factores protectores en la familia

Los factores protectores en la familia que actúan como amortiguadores frente a la aparición de conductas de riesgo, disminuyendo la probabilidad de su ocurrencia. Entre éstos, cabe destacar (Romagnoli, 2015):

1. Fuertes vínculos al interior de la familia

Cercanía, apoyo emocional, trato cálido y afectuoso con los/as hijos/as. Es importante considerar que la fuerza de los vínculos establecidos en etapas previas a la adolescencia resulta un factor protector a las conductas riesgosas que pueden aparecer en esta etapa. Esto está dado por:

- Buen nivel de preocupación y atención que tienen los padres con sus hijos/as. Los hijos/as perciben que los padres tienen tiempo para ellos.
- Expresión abierta de cariño en la familia.
- Conocimiento de los problemas, intereses y necesidades de los hijos/as.

2. Padres involucrados

Conocimiento de las actividades y amigos/as de los hijos/as. ¿Dónde están? ¿Qué hacen? ¿Con quién se relacionan, a dónde van y con quién? Fijarse en el programa de televisión que ven sus hijos/as, la frecuencia con que comen juntos, controlar la hora de llegada, conocer a sus amigos, etc.

3. Disciplina familiar adecuada y normas claras de conducta dentro de la familia.

Los padres protegen a sus hijos/as cuando establecen límites claros, compuestos por pocas normas, bien definidas, bien comunicadas y adaptadas a la etapa de desarrollo de sus hijos/as.



4. Fortalecimiento y desarrollo de habilidades personales y sociales en los/as hijos/as.

Los factores protectores individuales, más importantes son:

- Autoconcepto y autoestima positivos
 - Tolerancia a la frustración
 - Adecuada resolución de conflictos
 - Adecuada toma de decisiones
 - Resistencia a la presión de grupo
 - Desarrollo de habilidades sociales tales como comunicación y asertividad
 - Capacidad para reconocer y expresar adecuadamente emociones y sentimientos.
 - Tener metas personales y un plan de vida.
 - Tener valores incompatibles con el consumo de drogas.
 - Adecuada integración escolar, social y académica.
5. Actitud y comportamientos preventivos frente al consumo de drogas por parte de los padres.

Esto se expresa principalmente a través de:

- Padres, madres y hermanos/as conscientes de su rol de modelos y ejemplo de vida sana.
- Los padres con una actitud decisiva y clara de rechazo hacia el consumo de alcohol y drogas ilícitas.
- No consumir drogas al interior de la familia.

6. Estilo de comunicación positivo.

Se promueve el diálogo abierto acerca de los sentimientos y opiniones, se respetan y toleran las diferencias individuales.

7. Estilo de resolución de conflictos colaborativo.

Frente al conflicto, se consideran los intereses y preocupaciones del otro, y también las propias. Los miembros de la familia son capaces de generar una



atmósfera relajada, con sentido del humor y alegría (sin violencia, agresividad o descalificación).

8. Padres informados acerca de los riesgos y factores asociados al consumo de drogas.

Conocimiento acerca de oportunidades de acceso a las drogas, de la presión social y los modelos de consumo, las creencias y mitos relacionadas con el consumo.

9. Fortalecimiento de los vínculos con el colegio.

Padres que se involucren en los aprendizajes y que se preocupen por la asistencia y rendimiento de sus hijos/as. Capacidad de reconocer los logros y progresos de los/as hijos/as.

3) Factores Sociales o de la comunidad:

- Ambiente cálido,
- comunicación abierta
- mayor apoyo social,
- emocional,
- instrumental
- informativo.
- Adecuadas compañías
- Entorno motivador
- haber tenido a lo largo de su infancia y adolescencia adultos significativos diferentes a los padres
- familias que participen en actividades en beneficio de la comunidad
- fomento de la participación de los hijos en actividades comunitarias (Bonilla & Marcilia, 2015).



3.2 INTELIGENCIA EMOCIONAL

3.2.1 HISTORIA DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

En 1920 E. Thorndike, utiliza por primera vez el término de inteligencia social refiriéndose a la “habilidad para comprender y dirigir a los hombres y mujeres, y actuar sabiamente en las relaciones humanas”.

En 1983 Howard Gardner presenta su teoría de las Inteligencias Múltiples:

- Inteligencia lingüística.
- Inteligencia lógica.
- Inteligencia musical.
- Inteligencia visual-espacial.
- Inteligencia cinestésica.
- Inteligencia interpersonal

El concepto de Inteligencia Emocional fue acuñado por P. Salovey y Mayer en 1990.

En el informe a la UNESCO “La educación encierra un tesoro” se establecen los pilares básicos para la educación para el siglo XXI: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a ser y aprender a convivir. Estos dos últimos pilares son contemplados por la educación emocional (J. Delors, 1996).

En el proceso de entender qué son y cómo surgen las emociones, llegó el término “Inteligencia emocional” vista desde sus inicios como una habilidad para controlar los sentimientos y emociones de uno mismo y de otros; posteriormente, se definió como el potencial biopsicosocial para procesar la información generada en el contexto sociocultural para resolver problemas; Actualmente la concebimos como la “capacidad para reconocer nuestros sentimientos y los de los demás, para motivarse y gestionar la emocionalidad en nosotros mismos y en las relaciones



interpersonales” (Tapia, *et al*; 2017). Comprenden un conjunto de habilidades entre las que destacan el autocontrol, el entusiasmo, la perseverancia y la capacidad para motivarse a uno mismo, favoreciendo relaciones positivas con los demás. Todas estas capacidades, pueden enseñarse desde la niñez brindándoles así la oportunidad de sacar el mejor rendimiento posible al potencial intelectual, a la identificación de las emociones propias y de los otros con los que se convive y al manejo de las mismas, el desarrollo de la empatía y la tolerancia

De acuerdo con esta última definición, podemos entender que la inteligencia emocional comprende destrezas personales basadas en la autoafirmación propia, el conocimiento, identificación y gestión de las sensaciones, sentimientos, emociones y pensamientos que experimentan para ejecutarlos en el entorno y ámbito social como función adaptativa al medio a través de respuestas de afrontamiento a la adversidad asertivas.

La educación emocional no se propone sustituir la razón por emoción, sino establecer un paradigma que considere al sujeto como protagonista principal de la educación y ofrecer un nuevo modelo constituido por emoción–pensamiento–acción más adecuado a la naturaleza humana. El bajo nivel de competencia emocional del colectivo de adolescentes demuestra un observable “analfabetismo emocional” (Goleman, 1996) que desemboca en comportamientos des adaptativos (Bisquerra, 2003), como por ejemplo: el consumo de sustancias nocivas (consumo de drogas), multiculturalidad, trastornos alimentarios (anorexia, bulimia); violencia de género, aumento de embarazos no deseados, tasa de suicidios y numerosos actos de violencia dentro y fuera del ámbito escolar, desde el renombrado bullying escolar hasta las vejaciones grabadas en teléfono móvil que posteriormente son colgadas en Internet (cyber-bullying) (Ezeiza, Izagirre y Lakunza, 2008).

Según Goleman (2011, 2006), la inteligencia emocional se integra por cuatro dimensiones conformadas de diversas competencias:



El conocimiento de uno mismo:	La autorregulación:
Dimensión formada por la competencia del autoconocimiento emocional, que comprende las capacidades para atender señales internas; reconocer cómo los propios sentimientos afectan el desempeño laboral; escuchar a la intuición, y poder hablar abiertamente de las emociones para emplearlas como guía de acción.	Dimensión relacionada con cómo la persona maneja su mundo interno para beneficio propio y de los demás, las que la integran son: autocontrol emocional, orientación a los resultados, adaptabilidad y optimismo.
La conciencia social:	La regulación de relaciones interpersonales:
Las competencias desarrolladas en esta dimensión son esenciales para establecer buenas relaciones interpersonales, se conforma de: empatía y conciencia organizacional.	Se enfoca principalmente a los aspectos de persuasión e influencia sobre otros, se integra de las competencias: inspiración de liderazgo, influencia, manejo de conflicto, y trabajo en equipo y colaboración

Tabla 10. Inteligencia Emocional por dimensiones (Goleman, 2011; Tapia *et al.*, 2017).

La Inteligencia Emocional puede dividirse en cuatro grandes bloques: el autoconocimiento y la autorregulación de las emociones (área intrapersonal), y la empatía y habilidades sociales (área interpersonal). Algunos autores añaden al área intrapersonal la capacidad de auto motivarse y adaptarse al cambio.



Figura 26. Características de aplicación de inteligencia emocional (Habilidad Social, 2015).

Los beneficios de una correcta gestión emocional no sólo se limitan a las relaciones sociales y autoestima. Existen numerosos estudios científicos que han demostrado que sus ventajas se extienden a muchas otras áreas de la vida, como, por ejemplo:

- Mayor satisfacción y éxitos tanto a nivel personal como profesional (O'Boyle Jr., 2010)
- Menor dependencia de las adicciones (Zysberg, 2013 y UAB, 2007)
- Mejor sistema inmunitario y salud en general (Martins et al., 2010)
- Reducción de la ansiedad y el estrés (Lusch&Serpkeuci, 1990)
- Mayor satisfacción con el matrimonio (Eslami, 2014)
- Mayor carisma en tu círculo social y profesional (Walter V. Clarke Associates, 1997).



3.2.2 LAS 5 ESFERAS DE LAS EMOCIONES DE SOLOVEY

Basándose en Gardner y su teoría de las inteligencias múltiples, Salovey identificó cinco esferas en la inteligencia emocional (VIU, 2018):

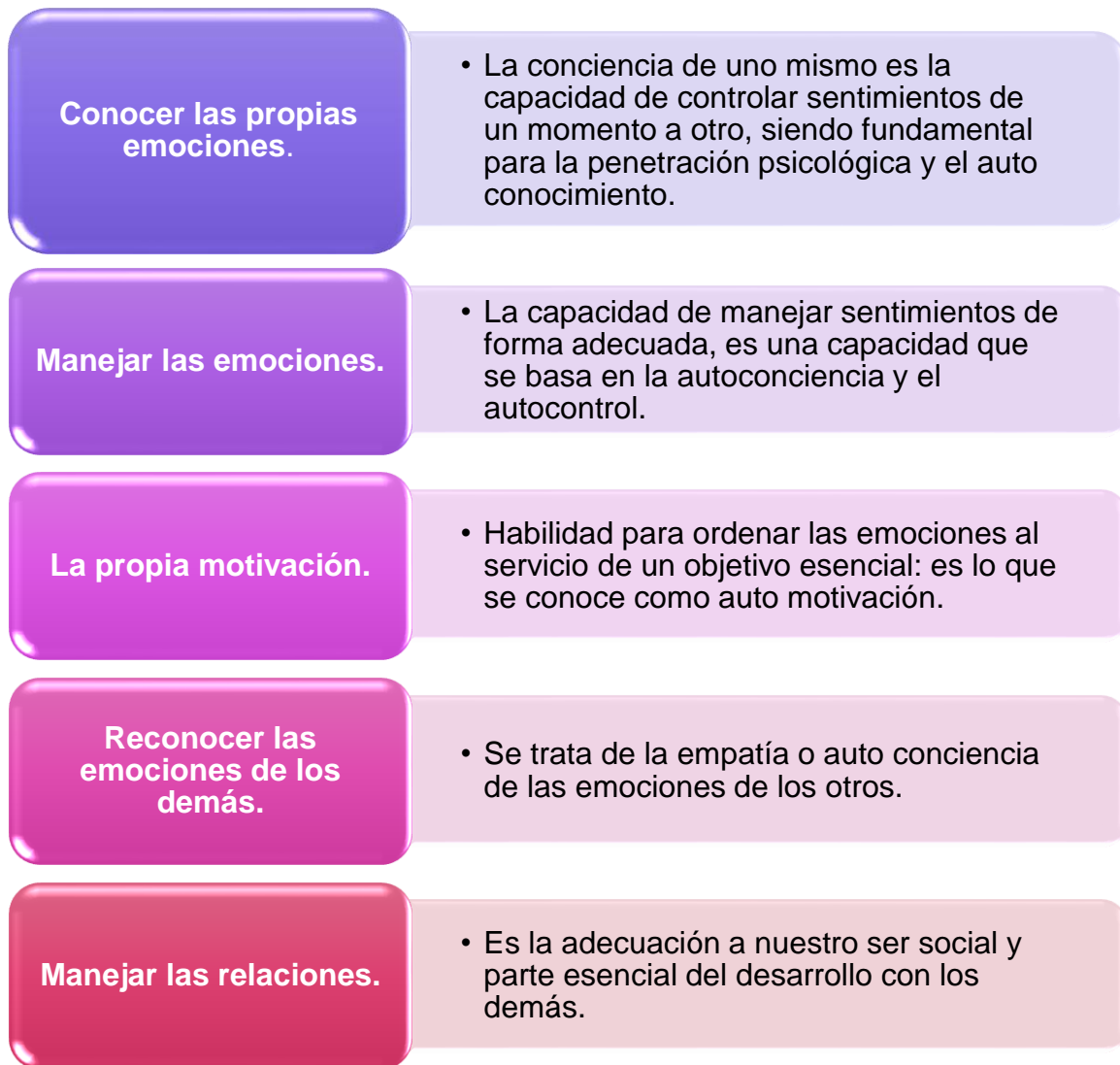


Figura 27. Esferas en la inteligencia emocional según Salovey. (VIU, 2018)

3.2.3 CLASIFICACIÓN DE INTELIGENCIA EMOCIONAL DE GOLEMAN



Goleman afirma que, inteligencia emocional es un término que incluye grandes tipos (VIU, 2018):

- La Inteligencia Personal
- La Inteligencia Interpersonal

INTELIGENCIA PERSONAL

Está compuesta a su vez por una serie de competencias que determinan el modo en que nos relacionamos con nosotros mismos. Esta inteligencia comprende tres componentes:

Conciencia en uno mismo	Autorregulación o control de sí mismo	Automotivación
Capacidad de reconocer y entender las propias fortalezas, debilidades, estados de ánimo, emociones e impulsos, así como el efecto que éstos tienen sobre los demás y sobre el trabajo.	Habilidad de controlar nuestras propias emociones e impulsos para adecuarlos a un objetivo, de responsabilizarse de los propios actos, de pensar antes de actuar y de evitar los juicios prematuros.	Es la habilidad de estar en un estado de continua búsqueda y persistencia en la consecución de los objetivos, haciendo frente a los problemas y encontrando soluciones.

Tabla 11. Inteligencia personal (VIU, 2018)

INTELIGENCIA INTERPERSONAL

Al igual que la anterior, esta inteligencia también está compuesta por otras



competencias que determinan el modo en que nos relacionamos con los demás:

Empatía	Habilidades sociales
Habilidad para entender las necesidades, sentimientos y problemas de los demás, poniéndose en su lugar, y responder correctamente a sus reacciones emocionales.	Talento en el manejo de las relaciones con los demás, en saber persuadir e influenciar en los otros.

Tabla 12. Inteligencia Interpersonal. (VIU, 2018)

3.3 RESILIENCIA

La resiliencia es entendida como el proceso que permite a ciertos individuos desarrollarse con normalidad y en armonía con su medio a pesar de vivir en un contexto desfavorecido y deprivado socioculturalmente y a pesar de haber experimentado situaciones conflictivas desde su niñez (Luthar & Cicchetti, 2000; Werner, 1984).

No se trata solamente de un concepto que se añade a los ya conocidos supone la confirmación de una perspectiva más dinámica, interactiva y global del desarrollo humano y de los procesos relativos a la salud mental y la adaptación social (Guasch, & Ponce, C., 2002). La resiliencia ha introducido una perspectiva diferente tanto en el ámbito de la psicopatología como en el de la educación al confiar más en la fortaleza de las personas y en sus posibilidades de realizar cambios positivos. Este enfoque está más próximo a modelos dinámicos e interactivos del desarrollo que a modelos unidireccionales. Desde esta perspectiva, la resiliencia abre además una ventana al optimismo y a la confianza en las posibilidades de adaptación y de mejora constante del ser humano. No



obstante, las nuevas investigaciones irán perfilando mejor los ámbitos de aplicación y los límites de este interesante concepto. Es claro que la resiliencia no se desarrolla en todos los individuos de la misma forma y que cada uno tiene diversas maneras de desenvolverse y adquirir capacidades para superar sus problemas que según Kolb (1973) por lo cual es necesario dejar claro que cada cual forma sus capacidades y elige como desarrollarlas. La resiliencia puede manifestarse por tanto en silencios, negaciones, evasiones y hasta situaciones embarazosas e intensas reacciones emocionales. La resiliencia sirve como mecanismo de defensa contra la angustia que surge cuando el individuo percibe en él los sentimientos y los impulsos que repudia. También se dio a conocer algunas de las maneras en las cuales podemos ser un poco más “resilientes” ante las situaciones adversas y como poder levantarnos ante un trance, y así se demuestra que no todos los individuos tienen la misma capacidad de superar los obstáculos y tomarlo como crecimiento en su vida más que una dificultad. La resiliencia es una característica que puede aparecer como producto de una interacción positiva entre el componente personal y ambiental de un individuo, pero también como una forma para poder responder ante situaciones de conflicto. Los dones que se les otorgan a las personas son grandes, y por tanto existe garantía del éxito, pero todo depende de las cualidades personales, sociales y el estilo con que las pruebas vayan adquiriendo valor. Sin embargo, la vasta variedad de información que se suministra, tanto positiva como negativa, puede hacer que la persona se vea a sí misma de una manera más clara de la forma en que se percibía antes de someterse a las pruebas difíciles de su vida.

La teoría de la resiliencia nace de la observación de niños y adolescentes que, a pesar de estar expuestos a condiciones de vida adversas, llegan a ser adultos saludables y positivos. En general la resiliencia es entendida como aquella característica humana que permite recuperarse y superar la adversidad. Es un concepto que nos centra en los factores protectores, que pueden ser propios como la inteligencia, locus de control interno, sentido del humor y habilidades empáticas;



o externos o circunstanciales como la cohesión familiar, al menos un padre amoroso, sentido de pertenencia escolar, etc. Es difícil saber si un adolescente relativamente no desafiado por el ambiente la está desarrollando, y porque estar libre de riesgos no significa necesariamente estar preparado para la adultez, es importante poder identificar fortalezas universales que pueden ser útiles a todos los adolescentes (Corona & Peralta, 2011).

Por otra parte, no se debe olvidar que dosis graduales y controladas de problemas pueden constituir factores positivos si se consideran sus funciones, como el aprender a responder en forma adecuada, saludable y constructiva, las posibilidades de fortalecer la autoestima y autoeficacia a través de logros, de desarrollar destrezas sociales y tomar decisiones. Tolerar la frustración nos permite enfrentarnos con éxito a la vida, significa poder enfrentar los problemas y limitaciones que tenemos a lo largo de la vida, a pesar de las molestias o incomodidades que nos causan.

La baja tolerancia a la frustración está relacionada con 2 elementos:

- Una percepción equivocada y exagerada de la situación que estamos viviendo.
- La creencia de que es horrible vivir el malestar y no lo podemos ni queremos aguantar.

La frustración causa enojo, depresión e incapacidad ante cualquier molestia o problema y provoca la evitación o mala solución de los mismos. Provoca que, ante cualquier incomodidad, surja desmotivación y abandono de metas y proyectos.

La falta de tolerancia está relacionada con las creencias que implican que la vida debe de ser fácil, cómoda y placentera todo el tiempo.

3.4 AUTOESTIMA



Se define como la capacidad o actitud interna con la que un individuo se relaciona consigo mismo y lo que hace que se perciba dentro del mundo, de una forma positiva, o bien con una orientación negativa. De acuerdo con el autor, la autoestima de una persona es la consideración que tiene hacia sí misma. Señala que ha sido denominada como el vestigio del alma y que es el ingrediente que proporciona dignidad a la existencia humana (Caltenco & García, 2017; Fuentes & Rivera, 2016; Silva & Mejía, 2015; Naranjo, 2013; Garaigordobil & Durá, 2013). La mayoría de los autores asocia el término auto concepto a los aspectos cognitivos del conocimiento de uno mismo, y utilizan la denominación de autoestima para los aspectos evaluativo-afectivos.

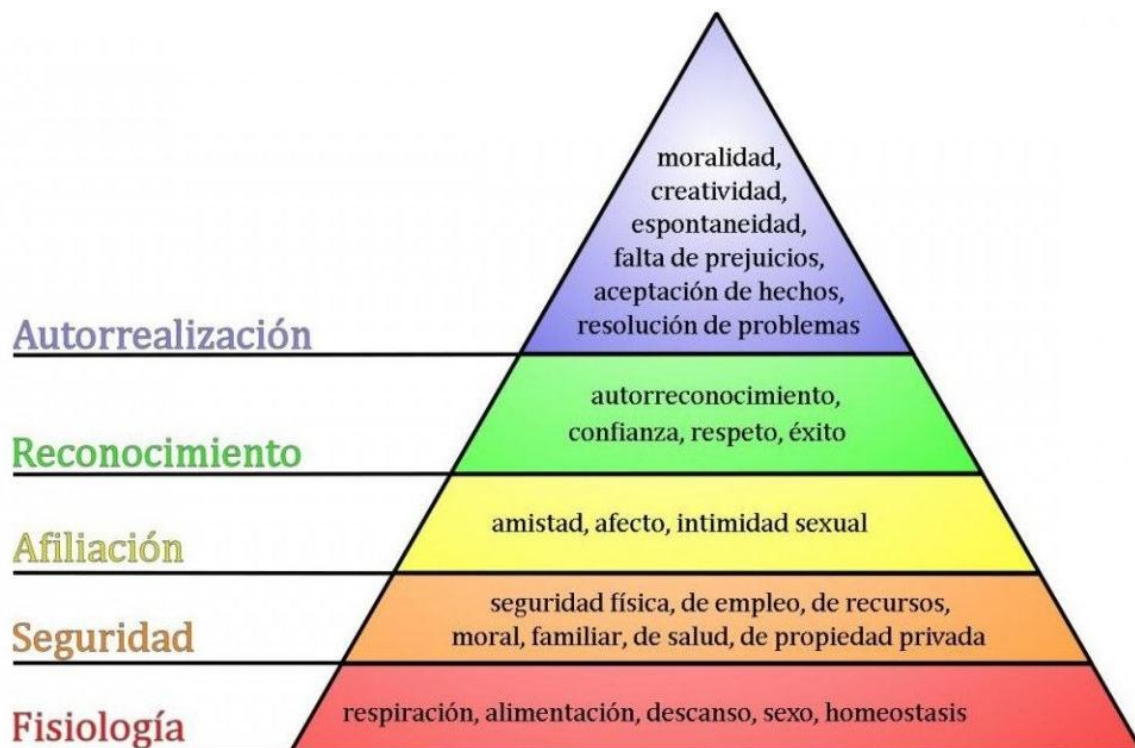


Figura 28. La jerarquía de las necesidades humanas. (Psicología & mente, 2019)



Abraham Maslow ha sido uno de los representantes de la psicología humanista, quien más ha difundido el papel que la autoestima desempeña en la vida de la persona, al incluirla dentro de su conocida jerarquía de necesidades (Figura 28). Para Maslow existen dos tipos de necesidades de estima, la propia y aquella que proviene de las otras personas. Ambas necesidades las ubica jerárquicamente por encima de las necesidades fisiológicas, las de seguridad personal y las de amor y pertenencia (Tapia, et. al., 2017). Maslow define que la mayoría de las personas que no han desarrollado un alto nivel de estima, nunca llegan a autorrealizarse.

3.4.1 COMPONENTES DE LA AUTOESTIMA:

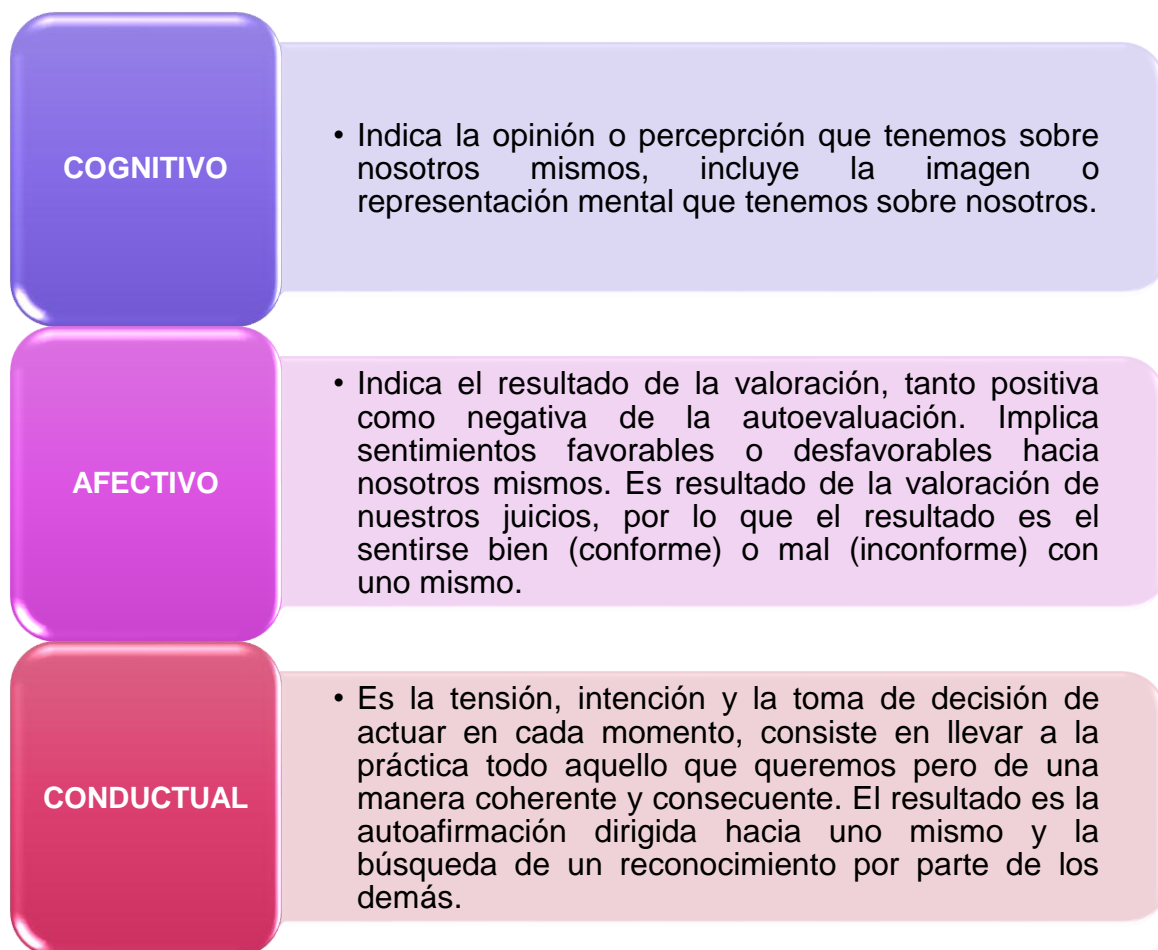


Figura 29. Componentes de autoestima (Caltenco y García, 2016; Tapia *et al.*, 2017).



Es determinante que la estructura de la autoestima se forje de forma sólida. Para esto es muy importante ser personas coherentes y consecuentes con nuestros actos y pensamientos. A medida que una persona va madurando y adquiriendo solidez, su nivel de autoestima se irá haciendo más estable, gracias a un mejor conocimiento de sí misma, y a poseer criterios más sólidos a la hora de encontrar motivos de propia estimación, esto se cultiva desde la niñez y se alimenta en la adolescencia y vida adulta (Caltenco y García, 2016; Tapia *et al.*, 2017).

3.4.2 NIVELES DE AUTOESTIMA:

El grado de autoestima que tiene una persona, condiciona importantes consecuencias beneficiosas y otras no tanto en la mayor parte de los aspectos de su vida, como lo es en su desenvolvimiento social, capacidad de comunicación, expresión de molestia o disgusto.

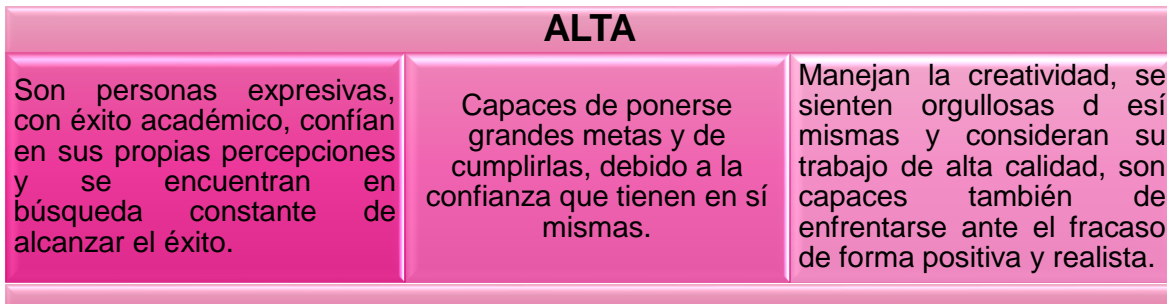


Figura 30. Nivel de autoestima alta (Tapia, *et al.*, 2018).



Figura 31. Nivel medio de autoestima (Tapia, *et al.*, 2018).

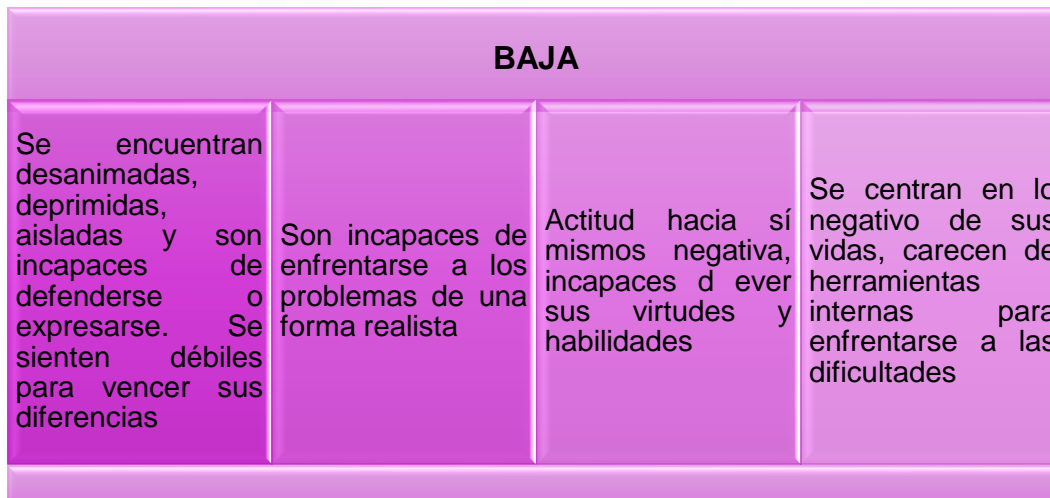


Figura 32. Autoestima alta (Tapia, *et al.*, 2018).

Por su poderosa influencia sobre todos los aspectos de la vida de una persona, la autoestima, las emociones y su estilo de pensamiento, se encuentran en el centro de la existencia; la habilidad del individuo para manejarlas y aprender actúa como un poderoso predictor de su éxito en el futuro. La capacidad y estilo de pensar, planificar, concentrarse, solucionar problemas, tomar decisiones y muchas otras actividades cognitivas en la vida pueden verse entorpecidas o favorecidas por nuestras emociones maximizadas. Habilidades emocionales como el entusiasmo, el gusto por lo que se hace o el optimismo representan estímulos ideales para el éxito; de ahí que la inteligencia emocional constituya la aptitud maestra para la vida, muestra palpable es el sismo actual y la respuesta de la población, el amor por México, por los demás y el compromiso con los desvalidos movilizó a miles de personas (Tapia, *et al.*, 2018).



4. CONDUCTAS DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA

“Lo que se ha hecho no se puede deshacer, pero se puede evitar que ocurra de nuevo”

ANA FRANK

4.1 ¿QUÉ ES UNA CONDUCTA DE RIESGO?

Se conoce por “conducta de riesgo” a aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por un individuo o comunidad, que pueden llevar a consecuencias nocivas.

Las conductas de riesgo en la adolescencia contribuyen en las principales causas de morbilidad de esta etapa. Los hábitos adquiridos y consolidados en la adolescencia pueden además contribuir a la morbilidad y mortalidad precoz. Los profesionales de salud deben conocerlas, saber evaluar y prevenir riesgos, y promover conductas saludables.

Los adolescentes tradicionalmente han sido considerados población saludable. Las tasas de mortalidad y morbilidad son relativamente bajas si se comparan con otros grupos de edad; sin embargo, al analizar las principales causas de morbilidad y los orígenes de éstas, aparece una nueva forma de considerar el estado de enfermedad, en la que se incluyen los factores y conductas que amenazan el bienestar y salud de los individuos (Corona & Peralta, 2011).

Los adolescentes de acuerdo a su propia naturaleza, tendrán la necesidad de ser independientes y autónomos; tomar decisiones y riesgos en su vida para auto definirse y concretar su personalidad; serán impulsivos y reactivos emocionales, buscarán incrementar las interacciones sociales con sus pares, buscarán explorar sensaciones nuevas y estarán en constante conflicto por realizar conductas



arriesgadas. Este conflicto es una fase natural en el desarrollo del adolescente, sin embargo, la falta de sincronización entre el desarrollo emocional y el proceso de autocontrol se convierte en un factor de riesgo que lo coloca en un punto de vulnerabilidad que, sin el acompañamiento oportuno de los adultos encargados de su educación y formación podría terminar en una catástrofe (Tapia, *et. al.*, 2017).

La amplia gama de conductas de riesgo que pueden afectar la salud biopsicosocial, varía según la etapa de la adolescencia que estén cursando:

Inicial: 10 a 13-14 años. Primeros intentos de la necesaria salida desde la familia al exterior. Se inician algunas conductas de riesgo, por ejemplo, consumo de alcohol y tabaco.

Media: 14-15 a 16-17 años. El hecho central es el distanciamiento afectivo de la familia y acercamiento al grupo de pares. Período de mayor posibilidad de involucramiento en conductas de riesgo.

Tardía: 17 -18 a 19 años. Última fase del camino hacia el logro de identidad y autonomía. En general el adolescente ha aprendido de sus experiencias y según cómo éstas hayan sido, y según el equilibrio con factores y conductas protectoras, las conductas de riesgo se intensificarán (o más frecuentemente disminuirán) progresivamente.

Figura 33. Etapas de la adolescencia y conductas de riesgo (Corona & Peralta, 2011).

En el desarrollo de estas conductas, contribuyen diferentes características propias de la edad del adolescente, entre las que se destacan la "sensación de invulnerabilidad" o mortalidad negada, la necesidad y alto grado de



experimentación emergente, la susceptibilidad a influencia y presión de los coetáneos con necesidad de conformidad intragrupal, la identificación con ideas opuestas a los padres y necesidad de transgresión en el proceso de autonomía y reafirmación de la identidad, el déficit para postergar, planificar y considerar consecuencias futuras (corteza prefrontal en desarrollo) y otros como la influencia de la testosterona en hombres, la asincronía de desarrollo tanto en mujeres (pubertad precoz y riesgos en sexualidad), como en hombres (retraso puberal y conductas para validación de pares). La subestimación de los riesgos es habitual en los adolescentes en diferentes circunstancias. Será más probable cuando está en juego su imagen, cuando se han habituado a ellos mismos, cuando creen poder controlarlos y/o tienen expectativas de daños pocos significativos, cuando se relacionan con importantes ganancias personales o cuando tienen una actitud fatalista y creen que los riesgos son inevitables (Rosabal, Romero, & Gaquín, 2015).

En base a la evidencia reciente en neurociencia, Steinberg propone que las áreas dopaminérgicas, íntimamente relacionadas con los llamados “circuitos de recompensa” estarían implicadas en los aspectos sociales y emocionales que influyen en que los adolescentes tomen conductas de riesgo. Estas áreas maduran después de las áreas predominantemente cognitivas (corteza prefrontal), lo que explicaría biológicamente cómo, conociendo los riesgos y posibles consecuencias dañinas, se involucren igualmente en dichas conductas (Corona & Peralta, 2011).



4.2 VIOLENCIA

La violencia es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte (OMS, 2017).

Cada año, 1,4 millones de personas en todo el mundo pierden la vida a causa de la violencia. Por cada persona que muere como resultado de la violencia, muchas más sufren lesiones y padecen una variedad de problemas físicos, sexuales, reproductivos y de salud mental. La violencia representa una carga masiva para las economías nacionales, y les cuesta a los países miles de millones de dólares estadounidenses cada año en atención médica, cumplimiento de la ley y pérdida de productividad. La OMS trabaja con socios para prevenir la violencia a través de estrategias científicamente creíbles (OMS, 2017).

Más allá de la muerte y las lesiones, la exposición a la violencia puede aumentar el riesgo de fumar, el abuso de alcohol y drogas; enfermedad mental y suicidio; enfermedades crónicas como enfermedades del corazón, diabetes y cáncer; enfermedades infecciosas como el VIH y problemas sociales como la delincuencia y la violencia. Sin embargo, la violencia se puede prevenir. Las intervenciones para abordar la violencia se realizan como parte de un enfoque de salud pública de cuatro pasos que incluye (OMS, 2017):

1. La definición del problema;
2. Identificación de causas y factores de riesgo;
3. Diseñar y probar intervenciones, y
4. Aumentar la escala de intervenciones efectivas.

La violencia en México es un factor determinante de la deserción escolar e incluso, una causa importante de muertes infantiles. Miles de niños, niñas y adolescentes en México, crecen en un contexto de violencia cotidiana que deja secuelas



profundas e incluso termina cada año con la vida de centenares de ellos. Gran parte de esta violencia, que incluye violencia física, sexual, psicológica, discriminación y abandono, permanece oculta y en ocasiones, es aprobada socialmente (UNICEF).

Como parte de América Latina, México se encuentra en el grupo de naciones más violentas del mundo. Con una tasa de homicidios de 17.4 por cada 100,000 habitantes en el 2004; esta era ocho veces más alta que en Europa y hasta 16 veces más alta que en Japón y Corea (Secretaría de Salud, 2006).

El impacto de la violencia llega a todas las esferas de la vida pública y privada. Tiene costos indirectos como el impacto negativo en la inversión, la productividad, el consumo y el trabajo. Se calcula que los costos provocados por la violencia calculados como porcentaje del producto interno bruto alcanzaron el 1.3% en 1999 (Colombia 5%, El Salvador 4.3%, Brasil 1.9%) (Secretaría de Salud, 2006).

El ambiente de violencia en México tiene un impacto fuerte entre los niños y niñas, y queda reflejado en tasas de homicidios muy elevados también con respecto a ellos. Este escenario “no podría explicarse sin que existiera un alto nivel de tolerancia para la violencia que se ejerce en contra de los niños y de las niñas en nuestro país. La imposición de castigos físicos o el maltrato verbal, por ejemplo, siguen siendo prácticas cotidianas que gozan de niveles altos de aceptación. Por detrás de los casos más extremos que ocasionan la muerte, siempre existen muchos más que, aunque resulten menos visibles y menos dramáticos, implican dosis cotidianas de dolor que causan severos daños y disminuyen de manera drástica las posibilidades de una vida sana y plena (Secretaría de Salud, 2006).

4.2.1 TIPOS DE VIOLENCIA



La violencia puede presentarse en cualquier ámbito. Todos tenemos la obligación de denunciarla y por tanto es importante conocer los tipos de violencia y saber identificarlos.

VIOLENCIA FÍSICA

Incluye todos los castigos físicos, formas de tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, además de la intimidación y las novatadas por parte de los adultos o de otros niños. El castigo físico se refiere a todo castigo que utilice la fuerza física con el fin de causar dolor o malestar por leve que sea. En la mayoría de los casos, se trata de pegar a los niños (“manotazos”, “bofetadas”, “palizas”) con la mano o con algún objeto (azote, vara, cinturón, zapato, cuchara de madera, etc). También se incluyen las patadas, zarandeos o empujones a los niños, arañazos, mordiscos, pellizcos, tirones de pelo o de orejas, golpes con un palo, someterles a posturas incómodas, quemaduras u obligarlos a ingerir ciertos productos (AEP, 2011).



Figura 34. Adolescentes y agresión física.

VIOLENCIA EMOCIONAL O PSICOLÓGICA



Es una forma de maltrato que se manifiesta con gritos, insultos, amenazas, prohibiciones, intimidación, indiferencia, ignorancia, abandono afectivo, celos patológicos, humillaciones, descalificaciones, chantajes, manipulación y coacción.

Con estas conductas el agresor pretende controlar al otro provocándole sentimientos de devaluación, inseguridad, minusvalía, dependencia, y baja autoestima. Esta forma de violencia es más difícil de detectar que la violencia física, pero puede llegar a ser muy perjudicial porque además de que es progresiva, en ocasiones logra causar daños irreversibles en la personalidad del agredido (CONAPO, 2012).



Figura 35. Violencia psicológica en la adolescencia.

DE GÉNERO

Son actos violentos contra una persona en razón de su sexo o preferencia sexual. En muchos casos, son actos que se ejercen contra las mujeres y están relacionados con el control que algunos hombres creen tener sobre ellas (Fig. 36), generalmente, aprovechándose de condiciones de indefensión, desigualdad y poder. También puede ocurrir contra hombres que se salen del rol masculino



culturalmente aceptado, por ejemplo, en casos de violencia homofóbica o por conductas consideradas 'femeninas', como llorar o expresar sus sentimientos.



Figura 36. Adolescente ejerciendo violencia de género hacia una adolescente mujer. (2017).

VIOLENCIA SEXUAL

Se considera violencia sexual cualquier actividad sexual impuesta por un adulto a un niño, protegido por el Derecho Penal. Esto incluye:

- a) La incitación o la coacción a cualquier actividad sexual ilegal o psicológicamente perjudicial;
- b) El uso de niños para la explotación sexual comercial;
- c) El uso de niños para la producción de imágenes o grabaciones de abusos sexuales
- d) La prostitución infantil, la esclavitud sexual, la explotación de niños para el turismo sexual, la trata (dentro y entre los países), la venta de niños con fines sexuales y el matrimonio forzoso.

Se consideran también abusos las actividades sexuales contra niños cuando el perpetrador es significativamente mayor que la víctima o utiliza su poder, amenaza



u otro medio de presión. Las actividades sexuales consentidas entre niños no se consideran abuso sexual si estos superan la edad límite establecida por cada Estado (AEP, 2011).



Figura 37. Ejemplificación general de violencia sexual. (HSBNOTICIAS, 2018).

DESCUIDO O TRATO NEGLIGENTE

Se entiende por descuido no atender las necesidades físicas y psicológicas del niño, no protegerlo del peligro y no proporcionarle servicios médicos, de registro de nacimiento y de otro tipo cuando las personas responsables de su atención tienen los medios, el conocimiento y el acceso a los servicios necesarios para ello.

Incluye:

- a) El descuido físico, que ocurre cuando no se protege al niño del daño, entre otras cosas por no vigilarlo o se desatienden sus necesidades básicas, por ejemplo, de alimentación, vivienda y vestido adecuados y de atención a salud;



- b) El descuido psicológico o emocional que consiste, entre otras cosas, en la falta de apoyo emocional y afectiva, la desatención crónica del niño, la falta de disposición psicológica por parte de los cuidadores que no tienen en cuenta las pistas y señales emitidas por los niños de corta edad, y la exposición a la violencia y al uso indebido de drogas o de alcohol por parte de los cuidadores;
- c) El descuido de la salud física o mental del niño, al no proporcionarle la atención médica necesaria;
- d) El descuido educativo, cuando los cuidadores incumplen las leyes que les obligan a asegurar la educación de sus hijos mediante la asistencia escolar o de otro modo,
- e) El abandono (AEP, 2011).

Figura 38. Niños y niñas en situación de abandono.



VIOLENCIA ECONÓMICA O PATRIMONIAL

Como una forma de amedrentar, someter o de imponer la voluntad en el otro se usan los recursos económicos o los bienes personales.

Si el agresor es el jefe del hogar o el responsable del mantenimiento de la familia, le exigirá a la pareja todo tipo de explicaciones para “darle dinero”, o bien le dará menos cantidad de la que se necesita. Puede suceder también, que, aunque la



familia necesite los recursos, le impedirá a su pareja que trabaje para que no tenga la posibilidad de tener autonomía económica y él continuar con el control sobre la familia.

Otra forma de violencia económica es cuando el agresor destruye los bienes personales del otro o dispone de los recursos económicos propios y de la persona que está siendo violentada, sólo para su propio beneficio (alcohol, amigos, etc.) (CONAPO, 2012).



Figura 39. Ejemplificación de violencia económica o patrimonial (UIG, 2017).

4.2.2 PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA

En el ámbito internacional existen varias estrategias que se ha comprobado tienen repercusión para disminuir la violencia en la población joven. Entre ellas se encuentran:

- El aumento de la tasa de crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) tiende a estar relacionado con una baja en el nivel de violencia.
- Un sistema de justicia efectivo, donde la sociedad hace cumplir la ley, actúa como factor disuasivo contra la violencia. En este sentido, el ejercicio de un buen gobierno tiene efectos positivos para la prevención.



- Desarrollar socialmente formas no violentas para resolver los conflictos repercute positivamente en la prevención (Secretaría de Salud, 2006).

En la edad de entre 15 a 19 años es efectivo el desarrollo de programas de desarrollo social;

Incentivar a los jóvenes para que completen la escuela secundaria y el bachillerato.	
Actividades extracurriculares	
Capacitar a los prestadores de servicios de salud para que identifiquen a los jóvenes en alto riesgo de violencia, con el fin de canalizarlos a los servicios pertinentes	
Reducción de la disposición del alcohol en especial desactivando las bandas organizadas que operan en el mercado negro.	
Disminución de la exhibición de la violencia en los medios	





Prohibir el tráfico de armas de fuego a los jóvenes	
Mejorar los sistemas judiciales y policiales, entre otros	

Tabla 13. Programas desarrollo adolescencia (Secretaría de Salud, 2006).

En las edades de 20 a 29 años son:

- Los incentivos para continuar su formación educativa a nivel superior;
- Orientación vocacional;
- Programas para fortalecer los vínculos familiares y laborales;
- Programas recreativos;
- Reducción de la disponibilidad del alcohol;
- Reducción en la desigualdad de ingresos;
- Programas de creación de empleos para los desempleados crónicos;
- Control sobre las armas de fuego y desactivar el mercado negro, y
- Mejorar los sistemas judiciales y policiales, entre otros.

Por otra parte, una tarea importante en cada región o país es identificar localmente los componentes que están involucrados en la “resiliencia” que muchos jóvenes desarrollan como estrategias para contrarrestar positivamente sus contextos desfavorables. En este sentido, es conveniente prestar atención a aspectos tales como:

- Identificar lo que sustenta las formas diversas como la población joven resuelve problemas de la vida diaria (aunque no estén relacionados directamente con violencia);



- Elementos que trastocan los modelos estereotipados de ser “hombre” o “mujer” que socialmente son aceptados e incorporados como patrones de conducta;
- Identificar formas asertivas de hacer frente a dudas y temores personales;
- Aspectos familiares, sociales y escolares que favorecen reconocer que el respeto de sí mismo está interrelacionado con el respeto hacia el otro;
- A partir de qué mecanismos se modifica la percepción del cuerpo y del autocuidado como elemento central de la relación con sí mismo;
- Qué sustenta las formas lúdicas de relación –en el sentido de formas movibles, variables– que desarrollan algunas mujeres y hombres jóvenes frente a formas rígidas y estereotipadas.

Asimismo, identificar aspectos que favorecen que la población joven establezca una distancia entre lo que espera su grupo de referencia y lo que cada joven espera de sí, y precisar aquellos elementos que permiten que mujeres y hombres jóvenes se asuman como sujetos de derecho para establecer una relación crítica frente al Estado, su entorno interpersonal, social, político y comunitario. Como podemos observar, todo lo anterior está vinculado a procesos que favorecen la autonomía de las personas (Secretaría de Salud, 2006).

4.2.3 CONSECUENCIAS AGUDAS Y A LARGO PLAZO DE LA VIOLENCIA CONTRA LOS NIÑOS Y NIÑAS

La exposición a la violencia durante la niñez también puede provocar mayor predisposición a sufrir limitaciones sociales, emocionales y cognitivas durante toda la vida, a la obesidad y a adoptar comportamientos de riesgo para la salud, como el uso de sustancias adictivas, tener relaciones sexuales precoces y el consumo de tabaco. Otros problemas sociales y de salud mental relacionados con la exposición a la violencia incluyen trastornos de ansiedad y depresión, alucinaciones, bajo desempeño laboral y trastornos de memoria, así como comportamiento agresivo. En etapas avanzadas de la vida, estos riesgos están asociados con enfermedades del pulmón, corazón e hígado; enfermedades de



transmisión sexual y muerte fetal durante el embarazo, así como con episodios de violencia contra la pareja e intentos de suicidio (Pinheiro, 2010).

La exposición a la violencia en la comunidad también está vinculada con consecuencias sociales, de salud y de comportamiento preocupantes. Se han establecido vínculos entre la exposición a la violencia en la comunidad y el síndrome de estrés post-traumático, la depresión, los comportamientos antisociales, el abuso de sustancias adictivas, la reducción del desempeño académico, las relaciones problemáticas entre pares y el mayor contacto con el sistema de justicia penal (Pinheiro, 2010).

Consecuencias para la salud física

Lesiones abdominales o torácicas
Lesiones cerebrales
Moretones e hinchazón
Quemaduras y escaldaduras
Lesiones del sistema nervioso central
Fracturas
Desgarros y abrasiones
Lesiones oculares
Discapacidad

Consecuencias sexuales y reproductivas

Problemas de salud reproductiva
Disfunción sexual
Enfermedades de transmisión sexual, como la infección por el VIH y el SIDA
Embarazos no deseados



Consecuencias psicológicas

Abuso de alcohol y otras drogas
Disminución de la capacidad cognoscitiva
Comportamientos delictivos, violentos y de otros tipos que implican riesgos
Depresión y ansiedad
Retraso del desarrollo
Trastornos de la alimentación y el sueño
Sentimientos de vergüenza y culpa
Hiperactividad
Incapacidad para relacionarse
Desempeño escolar deficiente
Falta de autoestima
Trastorno postraumático por estrés
Trastornos psicósomáticos
Comportamiento suicida y daño autoinfligido

Otras consecuencias de salud a largo plazo

Cáncer
Enfermedad pulmonar crónica
Síndrome de colon irritable
Cardiopatía isquémica
Enfermedad hepática
Problemas de salud reproductiva, como la esterilidad

Consecuencias económicas

Costos directos:	Tratamiento, visitas al médico de hospital y otros servicios de salud.
Costos indirectos:	Productividad perdida, discapacidad, menor calidad de vida y muerte prematura.
Costos para el sistema de justicia penal y otras instituciones:	Gastos relacionados con detener y procesar a infractores. Costos para organizaciones de bienestar social, costos asociados con hogares sustitutos, para el sistema educativo y costos para el sector de empleo que resultan del ausentismo y la baja productividad.

Figura 40. Consecuencias de descuido de menores (Runyan D., *et. al.*, 2002)



4.2.4 LA INTERVENCIÓN CUANDO SE DESCUBRE LA VIOLENCIA

Cuando se sospecha o se confirma que existe violencia contra un niño o una niña hay que tomar medidas inmediatas para protegerlos. El contenido y la fundamentación legislativa de los servicios de protección varían entre un país y otro y a menudo incluyen mecanismos para notificación o denuncia, remisión, investigación y seguimiento. En términos ideales, las medidas legales se deben implementar en paralelo con enfoques de salud y apoyo social. El apoyo y asistencia, sin protección adecuada, pueden colocar en peligro el bienestar y el desarrollo del niño; pero un enfoque jurídico en términos de investigación y protección sin suficiente seguimiento y tratamiento paralelo, puede provocar un daño grave y duradero tanto al niño o niña como a su familia. Se necesitan urgentemente investigaciones para identificar enfoques efectivos de protección orientados al apoyo, ayuda y tratamiento; y para determinar cómo éstos pueden ser implementados en entornos tanto de altos como de bajos recursos. Aunque basados en los derechos humanos y en un marco legislativo claro, los sistemas de protección, que operan a nivel comunitario necesitan evolucionar en consulta con las comunidades. Mientras buscan la aceptación y confianza, a los trabajadores de estos sistemas se les tiene que exigir plena responsabilidad. La detección de violencia contra los niños y niñas en la familia. El potencial del daño para el niño o a la niña aumenta en función de la frecuencia y gravedad de la violencia. Por lo tanto, es importante identificar la violencia tan pronto como sea posible e intervenir para detenerla. Los profesionales de la salud tienen un papel importante en la protección de los niños y niñas porque, a excepción de áreas rurales muy remotas, los bebés y niños pequeños generalmente son llevados al centro de salud de manera regular. En países con redes de servicios sociales, también pueden ser vistos ocasionalmente o de manera regular por trabajadores sociales.

Estas ocasiones y estos contactos brindan una oportunidad para detectar la violencia que los padres y cuidadores pueden tratar de disfrazar de lesiones no intencionales o enfermedades. Dada la presión sobre el personal clínico, necesitan



capacitación y especialización, así como mejores instalaciones. Como la detección no siempre es sencilla, es esencial que existan procedimientos estandarizados y herramientas para ayudar a los profesionales en las evaluaciones. Capacitar a los trabajadores de la salud para detectar y manejar la violencia contra los niños y niñas parece particularmente prometedor para los niños y niñas pequeños que no hablan aún y no pueden describir lo que ha pasado y para todos los casos en que la detección depende de la observación y no de un informe de la víctima. En muchos entornos de países en desarrollo se están creando mecanismos comunitarios para monitorear la violencia en el hogar y la necesidad de protección de la infancia. La mayoría de éstos están en una etapa experimental y se requiere llevar a cabo evaluaciones estructuradas y sistemáticas antes de poder formular conclusiones claras. Por ejemplo, en Filipinas UNICEF ha apoyado la creación de 6.500 consejos barangay (aldeanos) para la protección de la infancia (Pinheiro, 2010).

4.3 BULLYING

El bullying es parte de un problema viejo: la violencia en la historia de la humanidad. Fue destacado por las ciencias sociales a finales del siglo veinte como una conducta inadmisible, recurrente y creciente en las escuelas. Una vez reconocido, los ejemplos ahora se socializan y visibilizan como si antes no existieran, lo que ha escandalizado al universo, realzando su importancia. Se considera cada vez más como un asunto en las escuelas que debe preocupar a las sociedades del planeta (Martínez Vázquez, 2014).

Sin embargo, el bullying no refleja adecuadamente, en términos de violencia humana, lo que se vive en la escuela ni en los hogares de los niños de cualquier lugar. La violencia se origina en el mundo adulto y en los ambientes institucionales que a su vez crean el espacio de los niños (Martínez Vázquez, 2014). Como evidencia de este suceso se encontró que, en agosto del 2015, el Instituto



Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) dio a conocer los principales resultados de la Encuesta de Cohesión Social para la Prevención de la Violencia y la Delincuencia (ECOPRED), donde, una de las variables fue el bullying o acoso escolar arrojando los siguientes datos (Gamboa & Valdés, 2016):

- Se estima que durante 2014 se generaron 19.8 millones de delitos y actos de maltrato asociados a 4.5 millones de víctimas de 12 a 29 años. Lo anterior representa una tasa de 4.4 delitos y maltratos por cada joven victimizado; así como una tasa de prevalencia de 46, mil 426 víctimas por cada cien mil jóvenes de 12 a 29 años durante 2014 (Gamboa & Valdés, 2016).

Tipo de delito y/o maltrato	Población de 12 a 29 años	Total de Víctimas	Tasa total de prevalencia delictiva y/o maltrato
Estados Unidos Mexicanos	9 662 872	4 486 082	46 426
Robo sin violencia		2 240 977	23 192
→ Acoso por los atributos del joven (incluye <i>bullying</i>) ¹		2 035 548	21 066
→ Acoso a través de las pertenencias del joven (incluye <i>bullying</i>) ²		1 294 667	13 398
Robo con violencia		855 067	8 849
Maltrato físico ³		725 672	7 510
Amenazas		610 606	6 319
Delitos sexuales ⁴		538 079	5 569
→ Difamación por medios electrónicos (incluye <i>cyber-bullying</i>) ⁵		194 977	2 018
Extorsión		173 377	1 794

Figura 41. Encuesta de Cohesión Social para la Prevención de la Violencia y la Delincuencia (ECOPRED) 2014.

En México, 18 millones 782 mil alumnos de primaria y secundaria son víctimas de bullying, de acuerdo con un estudio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (IMSS, 2015).

El bullying es una expresión de la violencia humana en la escuela. El concepto se instituyó para señalar un evento extraordinario, algo que se miraba como una anomalía peligrosa en las escuelas: “un estudiante es víctima de acoso escolar cuando está expuesto, de forma reiterada a lo largo del tiempo, a acciones



negativas por parte de otro u otros estudiantes”. Es decir, el concepto se creó buscando desvincularlo de la violencia humana y del mundo adulto que envuelve a esos niños que se pegan (Martínez Vázquez, 2014).

Se manifiesta en comportamientos o conductas repetidas y abusivas con la intención de infringir daño por parte de una o varias personas hacia otra, que no es capaz de defenderse a sí misma (Gamboa y Valdés, 2016).

4.3.1 CLASIFICACIÓN DE BULLYING

- CIBERBULLYING

Usar las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) para hacer bullying: mensajes de texto, redes sociales, por Internet, teléfono móvil, por fotos, videos, chats, por ejemplo. Basta con subir una sola vez una imagen a una red social y la repetición se produciría cada vez que alguien la vea, la comparta y existan nuevos comentarios abusivos que acompañen a la imagen. ayudar a que una agresión se propague por la red causa daño y hace responsable a esa persona también, porque puede no haber iniciado ni instado la agresión, pero la perpetra al continuarla o repetirla, al mantener viva la agresión que afecta a la persona violentada.

- VIOLENCIA FÍSICA

Es toda acción encaminada a lesionar la integridad física de una persona. Ejemplo de ella son las siguientes acciones: golpes, patadas, zancadillas, pellizcos, empujones, tirones de cabello, encerrar u obligar a entrar en algún sitio, entre otros (UNICEF, 2015).

- MATERIAL

Se entiende por esta forma de violencia, las acciones destinadas a dañar, destruir o tomar sin consentimiento las pertenencias de los y las estudiantes, por ejemplo, acciones como: dañar, robar o esconder artículos, etc. Forzar a entregar algún



bien personal (dineros u objetos) a cambio de no recibir daños y poder acceder a espacios o servicios en el centro educativo.

- **VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

Comprende todas las acciones destinadas a lesionar la integridad emocional de las personas: molestar, intimidar, humillar, excluir, o alentar la exclusión deliberada (por ejemplo, de trabajos en grupo, juegos, equipos deportivos, etc.), “ley del silencio”, gestos faciales o físicos negativos, miradas amenazantes o despectivas, acoso grupal o colectivo, entre otras. El componente psicológico está en todas las formas de bullying (UNICEF, 2015).

- **VIOLENCIA VERBAL**

Es cuando se usan constantemente insultos, burlas o generalmente apodos hacia alguien, esto causa un gran daño psicológico a la persona de manera que afecta su comportamiento llevándolo a aislarse de las personas que los rodean por miedo a ser humillados, por lo que evitan cualquier contacto con sus compañeros (Fundación en Movimiento, A.C., 2007).

- **VIOLENCIA SEXUAL**

Aquella manifestación que involucre comentarios, insinuaciones y amenazas con contenido sexual o exhibición explícita sexual entre pares y que no esté tipificado dentro de los delitos sexuales vigentes o dentro de la normativa de acoso y/o hostigamiento sexual (UNICEF, 2015).

Para Cobo y Romeo Tello el bullying es una manifestación de la conducta violenta, pero señalan que tiene características que lo definen como un concepto en sí mismo estableciendo lo siguiente:

1. Es una forma de comportamiento violento, intencional, dañino y persistente, que se puede ejercer durante semanas o incluso meses, y supone una presión hacia las víctimas que las deja en situación de completa indefensión.



2. Es un fenómeno que normalmente ocurre entre dos (o más) iguales, la semejanza más común reside en la edad. A pesar de esta coincidencia, debe existir un desequilibrio entre los participantes (de poder) con el fin de que a través del abuso se domine e intimide al otro.
3. Son actos negativos generalmente deliberados, reiterativos, persistentes y sistemáticos. Se trata de actos que pocas veces son denunciados, pues en la mayoría de los casos el agredido no puede defenderse y se generan en él muchos sentimientos encontrados que le impiden pedir ayuda.
4. Puede o no haber daños físicos, pero siempre hay daño emocional, característica necesaria para definir una conducta como bullying (Gamboa & Valdés, 2016).

Las características del bullying anteriormente descritas se pueden resumir de la siguiente manera:

- Que se trate de una acción agresiva e intencionalmente dañina;
- Que se produzca en forma repetida;
- Que se dé en una relación en la que haya un desequilibrio de poder;
- Que se dé sin provocación de la víctima, y
- Que provoque daño emocional (Gamboa & Valdés, 2016).



4.3.2 INVOLUCRADOS/AS EN EL BULLYING



Figura 42. Elementos de bullying.

VÍCTIMA, BULLEADO O AGREDIDO

El estudiante o la estudiante que es violentado y se encuentra en la posición de víctima, puede poseer características diferentes al resto del grupo, las cuales son utilizadas por el estudiante o la estudiante que agrede para generar el bullying. (UNICEF, 2015).

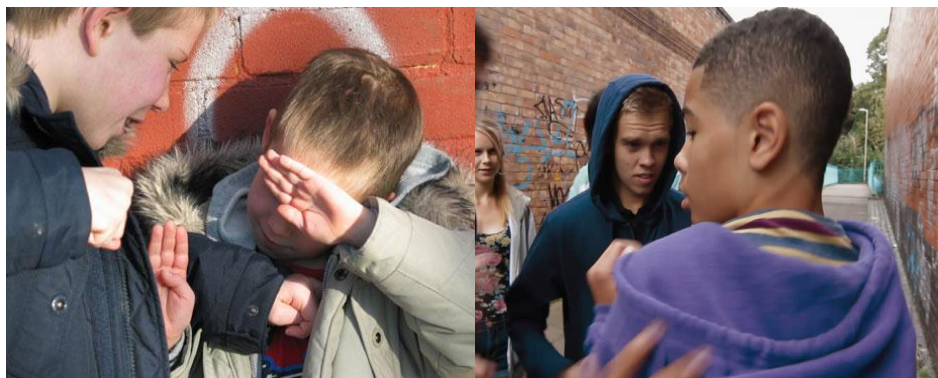


Figura 43. Estudiantes siendo violentados.



Por ejemplo, algunas de estas características pueden ser:

- Color de piel, estatura, peso, tipo de cabello.
- Intereses particulares: hobbies, música, forma de vestir, juguetes, juegos y deportes.
- Rendimiento académico: muy inteligente o con malas notas.
- Nacionalidad, religión, situación socio-económica.
- Algún tipo de discapacidad o situación de salud: aparato de corrección visual, dental u ortopédica.
- Identidad de género u orientación sexual.
- Por las personas con las que se relaciona.
- Porque se cree que es preferido o por ser más regañado, o señalado por la maestra/o, profesor/a.

VÍCTIMARIO, BULLEADOR O AGRESOR:

Figura que violenta en una situación de bullying, puede ser una sola persona o bien un grupo de ellas y por lo general, comparten las siguientes características:



Figura 44. Bullying en entorno escolar.



- Es choteador/a, se burla, tiene una actitud excluyente, es manipulador/a.
- Es posible que haya sido testigo de algún tipo de violencia en el ámbito familiar, educativo y comunal, por lo que la violencia es una conducta aprendida y erróneamente percibida como normal.
- Tiene influencia sobre otras personas. Puede ser líder/esa y su poder es validado dentro del grupo (Figura 44).
- Es impulsivo/a y confrontativo/a, carece de empatía y se le dificulta el autocontrol. No tienen tolerancia a la frustración.
- No tiene amigos/as, sino seguidores/as que le tienen miedo y/o lo respetan.
- Tiene una promesa de protección para sus seguidores/as.
- No selecciona a la víctima al azar.

OBSERVADORES



Figura 45. Situación donde se puede observar a la víctima, agresor, y a los observadores del bullying.

Hay dos tipos de estudiantes observadores y por lo general presentan las siguientes características:



- Quien apoya al estudiante que violenta:
 - reconoce y refuerza la acción del agresor incluso lo pueden llegar a apoyar abiertamente.
 - No ven el impacto del daño que se le está haciendo a la víctima.
- Quien reprueba, pero no hace nada,
 - se siente impotente o tiene temor a ser víctima.
 - Tienen miedo de lo que pueda pasarles por hablar o denunciar.

4.3.3 CONSECUENCIAS DEL BULLYING

Las consecuencias pueden variar en cada persona, pudiendo ser más o menos graves, pero nunca deben subestimarse o restarles importancia.

La persona que sufre de constante acoso escolar o bullying, presenta:

- Baja autoestima y confianza en sí mismo y en quienes lo rodean
- Estrés
- Aislamiento de los compañeros de clase
- Falta de concentración y bajo rendimiento escolar
- Miedo de asistir a clases, que se refleja en inasistencias constantes

Las consecuencias más severas que se pueden presentar, son:

- Depresión
- Autolesiones
- Ansiedad
- Ataques de pánico
- Pérdida del apetito o comer en exceso
- Bulimia y anorexia
- Dolencias y malestares físicos provocados por el constante estrés
- Ideas y/o intentos de suicidio (IMSS, 2015).



CONSECUENCIAS DEL ESTUDIANTE, BULLEADO O VÍCTIMA

Impacto en su salud física: Algunas de las consecuencias, pueden ser, aunque no de manera exclusiva, las siguientes: trastorno de sueño, alimentación, problemas digestivos, dolor de cabeza, fatiga y agotamiento, entre otros.

Consecuencias psicológicas: Inestabilidad nerviosa, tiene sentimientos de insatisfacción, miedo, soledad, inseguridad, abandono, desconfianza en sí mismo/a.

Impacto en las relaciones familiares y sociales: Es poco comunicativo. Podría tener una pobre red de apoyo.

Consecuencias en la vida escolar: desmotivación, desinterés y falta de atención en las clases, bajo rendimiento académico, deserción escolar, puede presentar rechazo hacia su centro educativo.

Conductas extremas: en estado avanzado del bullying, puede tender a la agresión hacia sí mismo/a o el victimario y, en el extremo, puede llegar a auto infligirse daño e incluso al suicidio.

Culpabilización: relativa a la reacción que tienen algunas familias, profesorado y centros educativos de achacar a la víctima la culpa del problema con expresiones tales como: “El problema ha sido tuyo”, “Seguramente no has manejado bien las cosas”, “Algo habrás hecho para que te traten así”, “El problema es que los provocas” y otras similares (UNICEF, 2015).

Figura 46. Consecuencias víctima bullying (UNICEF, 2015).



CONSECUENCIAS DEL AGRESOR, O BULLEADOR.

Tiene una confusión en sus valores morales y no diferencia el bien del mal.

Puede practicar ausentismo escolar, dificultad para seguir normas y aceptar la autoridad, y en general no afronta sus responsabilidades, presenta problemas de disciplina.

Llega a la insensibilidad, falta de empatía: no siente remordimiento por sus acciones en contra de sus compañeros/ as, es incapaz de comprender el sufrimiento que provoca (UNICEF, 2015).

Figura 47. Consecuencias agresor (UNICEF, 2015)

CONSECUENCIAS PARA ÉL/LOS OBSERVADOR/ES

Se acostumbran a la presencia y espectáculo del bullying como un hecho cotidiano y aceptado.

Pueden terminar creyendo que la violencia es una forma aceptada de relacionarse.

Son víctimas indirectas de la situación de bullying y pueden llegar a comportarse, manifestar y sufrir las mismas consecuencias del agresor o de la víctima (UNICEF, 2015).

Figura 48. Consecuencias espectador (UNICEF, 2015)



4.3.4 FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL BULLYING

Se han agrupado en tres paradigmas las posibles causas del Bullying:

- FACTORES INDIVIDUALES

Los modelos individuales plantean que existirían características individuales asociadas al bullying (por ejemplo, niños/as que disfrutarían dominando a otros) y que incluso algunas de estas serían de carácter genético. Algunos niños/as serían más proclives a ser parte de dinámicas agresivas dado el carácter que han desarrollado. En este sentido, incluye también la dimensión afectiva de los niños/as y el impacto de esta en sus conductas, como por ejemplo la hipótesis de que niños que han sido víctimas de matonaje reaccionan violentamente, incluso llegando a casos extremos como los tiroteos en distintas instituciones educativas en los Estados Unidos, conocidos muy ampliamente (Lugones Botell & Ramírez Bermúdez, 2017).

- FACTORES INTERPERSONALES Y GRUPALES

Desde este enfoque, la agresividad entre pares surgiría en relación a la necesidad de establecer jerarquías sociales, y asociada a la tensión entre ser aceptado por el grupo de pares y al mismo tiempo individualizarse. Estos procesos cobran centralidad cuando los niños empiezan a relacionarse con otros y a "afirmarse" o definirse en función de los otros. Desde esta perspectiva, el bullying surge en torno de la disputa y/o defensa de la posesión de objetos y/o bienes que son considerados valiosos en el contexto, como por ejemplo el estatus social (Lugones & Ramírez, 2017).

- FACTORES SOCIALES Y CULTURALES

Desde esta perspectiva el bullying estaría asociado a la existencia de grupos con diferencias en términos de poder y estatus, principalmente basadas en antecedentes históricos y culturales (raza, género, nivel socioeconómico, minorías



en general). Especialmente interesante aquí es la agresividad inter género, respecto de la cual se especula que hombres han aprendido del contexto socio cultural a relacionarse con mujeres de una manera abusiva (lo que se ha conceptualizado como la construcción de una masculinidad hegemónica), tanto contra niñas como contra niños que no presentan las cualidades típicamente adscritas a dicha masculinidad (Lugones & Ramírez, 2017).

4.3.5 FACTORES QUE FAVORECEN LA NO VIOLENCIA

De acuerdo con la UNICEF el buen desempeño de la paternidad, el desarrollo de vínculos afectivos entre padres e hijos y una disciplina afirmativa y no violenta son algunos de los factores que suelen favorecer la protección de los niños contra la violencia, tanto en el hogar como en otros entornos. Algunos de los factores proclives a proteger a los niños de la violencia en la escuela son las normas generales y los planes de enseñanza eficaces que fomenten actitudes y comportamientos no violentos y no discriminatorios. La UNICEF afirma que, se ha demostrado que los altos niveles de cohesión social tienen un efecto protector contra la violencia en la comunidad, aun cuando otros factores de riesgo están presentes (Gamboa & Valdés, 2016).

4.4 EMBARAZO PRECOZ

El embarazo en la adolescencia, se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años (Menéndez, Navas, Hidalgo, & Espert, 2012).

Actualmente, la población mundial estimada es de 7,200 millones de personas, de las cuales el 17.5% tiene entre 15 y 24 años, y el 10.0% de estos jóvenes presenta



un embarazo, lo que equivale al 10% de todos los nacimientos del mundo. Esto quiere decir que aproximadamente 15 millones de mujeres de 15 a 19 años tienen un parto cada año, por lo que reciben la denominación de embarazo en la adolescencia. Por lo que se refiere a México, por término medio entre 2003 y 2012 ocurrieron 2.59 millones de nacimientos anuales, lo que representa un promedio anual de 448,000 nacimientos anuales en madres que tenían menos de 19 años en el momento del parto, lo que constituye el 20% de los nacimientos anuales a esta edad (Mora Cancino & Hernández Valencia, 2015).

Durante las últimas décadas, la educación sexual formal que se proporcionaba de manera individual estaba circunscrita al entorno familiar, que utilizaba el silencio o la represión como método para no dar información sobre el tema a sus hijos e hijas. Con el transcurso del tiempo y atendiendo las demandas de la sociedad, se inició la difusión de forma colectiva, que se ha extendido con rapidez a las instituciones educativas y a las comunidades bajo la responsabilidad de los sectores gubernamentales correspondientes. Las estadísticas de la década de 1950 en relación con la actividad sexual juvenil, los embarazos no deseados, las relaciones no matrimoniales y otros temas constituyeron la principal preocupación de la educación sexual y fueron la base fundamental para proporcionar información respecto a la sexualidad y el valor que ésta representa ante la sociedad. Hacia 1960 hubo una nueva tendencia en la educación sexual y fue considerada como la simiente para un desarrollo integral de la personalidad y para el mejor establecimiento de las relaciones interpersonales (Mora & Hernández, 2015).

Las consecuencias negativas a largo plazo del embarazo adolescente pueden resumirse bajo dos grandes rubros:

- 1) Aquellas que tienen impacto sobre la salud y el crecimiento del niño.
- 2) Las que corresponden al desarrollo personal y vida futura de la propia adolescente (Mora & Hernández, 2015).



La gestación representa un período de tiempo difícil para la mujer, que tiene que adaptarse a los cambios que experimenta y prepararse para asumir un nuevo papel como madre de 1, 2 o más niños.

Este reto es aún mayor si la futura madre es una adolescente, dependiendo de su edad, puede que no haya completado su desarrollo físico y las fases del desarrollo puberal. Debido a ello, tanto la madre como el niño están expuestos a más riesgos. La adolescencia constituye una etapa de grandes cambios en el plano físico, social y emocional que se caracteriza en muchos casos, porque la adolescente alcanza su madurez sexual antes de haber adquirido la psíquica y emocional y, por supuesto, antes de poder asumir las responsabilidades sociales que trae consigo la maternidad. Los principales cambios físicos que se producen durante la pubertad son una aceleración del crecimiento, un aumento de peso y la aparición de los caracteres sexuales secundarios. La menarquia, o momento del primer período menstrual suele producirse en la primera mitad de este proceso de maduración, siendo el promedio de edad de 12 a 13 años.

4.4.1 FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO DURANTE LA ADOLESCENCIA

El embarazo durante la adolescencia es un problema multicausal, se han encontrado factores individuales, familiares y sociales (MISPAS, 2014).

FACTORES IDIVIDUALES

- Impulsividad
- Omnipotencia
- Abandono escolar
- Dificultad para planear proyectos de vida
- Baja autoestima
- Falta de actitud preventiva
- Menarquía precoz
- Conducta antisocial
- Abuso de sustancias
- Sentimiento de desesperanza



FACTORES FAMILIARES

- Familias disfuncionales y/o en crisis
- Pérdida de un ser querido
- Enfermedad crónica de algún familiar
- Madre o padre ausente
- Madres o padres indiferentes

FACTORES SOCIALES

- Pobreza
- Marginación social
- Mensajes contradictorios con respecto a la sexualidad en general
- Violencia (MISPAS, 2014).

Los factores del embarazo en la adolescencia que son asociados al inicio de la actividad sexual:

INICIO TEMPRANO

- Pubertad temprana
- Abuso sexual
- Padres que no ofrezcan apoyo
- Bajo rendimiento escolar
- Participación de otras conductas de riesgo
- Pobreza
- Enfermedad mental

INICIO TARDÍO

- Énfasis en abstinencia
- Orientación en metas
- Consistencia y firmeza de los padres en disciplina
- Buen rendimiento escolar
- Participación en actividades recreativas.

FACTORES DETERMINANTES DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA:

Se describen fundamentalmente tres:

- Relaciones sexuales sin uso de anticonceptivos
- Abuso sexual



- Violación

Los tres casos relacionados directamente con los factores de riesgo descritos anteriormente para el grupo de la adolescencia. (MISPAS, 2014).

4.4.2 CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

CONSECUENCIAS PARA LA MADRE

Fisiológicas:

- Acorto plazo: anemia, prematuridad, hipertensión, ETS, mortalidad materna.
- A largo plazo: baja estatura (frena el crecimiento), tienen mayor probabilidad de presentar obesidad e hipertensión en etapas posteriores.

Psicológicas y sociales:

- Mayor número de hijos no deseados
- Mayor inestabilidad con la pareja
- Escaso nivel educativo o fracaso escolar
- Menor ingreso económico que sus pares.
- Mayor prevalencia de depresión y otros síntomas psiquiátricos.
- Distanciamiento de sus pares que genera aislamiento social
- Estrecha relación con su familia (para la supervivencia de su hijo).

CONSECUENCIAS PARA EL HIJO

Fisiológicas

- Bajo peso al nacer
- Prematuridad
- Mayor incidencia de muerte súbita
- Traumatismo e intoxicaciones accidentales
- Infecciones agudas menores
- La tasa de mortalidad en lactantes es el doble en lactantes de madres adolescentes menores de 17 años.



- Desnutrición

Psicológicas y sociales:

- Mayor problema de conducta en edad escolar.
- Obtienen más bajos puntajes en pruebas intelectuales.
- Maltrato y abandono por parte de la madre
- Mayor frecuencia por uso de drogas
- Mayor tasa de embarazo en la adolescencia.

CONSECUENCIAS PARA EL PADRE

- Abandono de estudios
- Realización de trabajos de menor nivel de acuerdo a su formación
- Familia más numerosa
- Mayor tendencia a la separación de la pareja
- Exagera en su preocupación por el problema sin tomar medidas para su solución.

Las adolescentes de 15 a 19 años tienen una incidencia superior de infecciones de transmisión sexual, como las infecciones herpéticas, la sífilis y la gonorrea. También es mayor la incidencia de clamidias en este grupo de edades. La presencia de esas infecciones durante la gestación incrementa considerablemente los riesgos fetales. Otros problemas observados en la adolescencia son el tabaquismo y el consumo de drogas (MISPAS, 2014).



Figura 49. Adolescente embarazada.

4.4.3 PREVENCIÓN

Los investigadores señalan que los índices de embarazo en adolescentes pueden ser inferiores en esto debido a la influencia familiar, a una actitud más abierta frente a la sexualidad, mejor acceso a los anticonceptivos y un enfoque más abierto en educación sexual.

Medidas destinadas a evitar el embarazo en la adolescencia:

- Educación sexual a lo largo de la vida, gradual, completa e integral, oportuna, basada en valores y otorgada desde un enfoque pedagógico, positivo y respetuoso en todos los ámbitos y no solo en el escolar.
- Utilización adecuada de los medios de comunicación.
- Fomento a la comunicación.
- Capacitación a las personas que tienen contacto prolongado con adolescentes para la atención de aquellos en situación de riesgo.



- Capacitación para la comunicación asertiva.
- Medidas a tomar cuando la joven ya está embarazada:
- Asistencia del embarazo, parto y RN en programas de atención de adolescentes, por personal motivado y capacitado para este tipo de atención.
- Asistencia a padres.
- Información y apoyo psicológico.
- Acciones que tenderán a la atención del niño y sus padres jóvenes:
- Vigilancia de vínculos
- Ayudar a que las personas de apoyo de la adolescente comprendan sus funciones a la hora de ayudarla.
- Favorecimiento reinserción escolar y laboral
- Seguimiento médico integral
- Asesoramiento adecuado para regular fertilidad
- Creación de pequeños hogares maternos para las jóvenes sin apoyo familiar, que además de alojarlas, las capacite para enfrentar la situación de madre soltera, y la prevención de un nuevo embarazo no deseado (MISPAS, 2014).

4.5 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

La educación sexual es la herramienta fundamental para evitar su transmisión, modificar prácticas de riesgo, asumir hábitos saludables, utilizar métodos anticonceptivos barrera y no demorar el diagnóstico y tratamiento efectivos.

Se transmiten por contacto sexual genital y oral, siendo más fácil del hombre a la mujer, porque el área de superficie y el tiempo de exposición a los agentes patógenos es mayor. Se suman otros condicionantes biológicos que hacen que el cérvix, en edades tempranas, sea más susceptible a padecer determinadas



infecciones y, más aún, si se asocia a ectopia cervical previa. Además, las ITS en la mujer son habitualmente asintomáticas, pueden ocasionar complicaciones graves (infertilidad, embarazos ectópicos, abortos, prematuridad, transmisión vertical al recién nacido, cáncer de cérvix) y, a diferencia del hombre, su diagnóstico es más difícil porque no suele presentar lesiones visibles.

A veces es necesario un seguimiento multidisciplinar por su gran variabilidad etiológica y clínica. Un mismo cuadro puede ser producido por diferentes microorganismos, de forma aislada o de manera conjunta, por lo que dificulta el tratamiento. Un mismo patógeno puede, a su vez, producir síndromes dispares, tener manifestaciones locales (VPH) y/o generales (sífilis) o exclusivamente sistémicas (VIH). Es frecuente encontrar diversas ITS en un mismo paciente, sobre todo si presenta lesiones genitales ulceradas.

Las infecciones virales, con prolongada infectividad, son más frecuentes en poblaciones de bajo riesgo y con escaso recambio de pareja. Por el contrario, las bacterianas presentan un periodo más corto y se observan en poblaciones de alto riesgo (Caballero García, Bardón Canchob, & López Lledó, 2015).

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), son un grupo de enfermedades que se adquieren fundamentalmente por contacto sexual, afectan a personas de cualquier edad, aunque son los adolescentes y los jóvenes adultos los grupos poblacionales más afectados. Se presentan más frecuentes en aquellos individuos que mantienen conductas y actitudes sexuales riesgosas, entre ellas tener más de una pareja sexual, practicar coito de forma no segura, no usar preservativo, etc (Chacón Quesada, et. al., 2009).

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



papiloma humano (VPH)– son infecciones virales incurables, aunque existen tratamientos capaces de atenuar o modificar los síntomas o la enfermedad.

Las ITS se propagan predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral. También se pueden propagar por medios no sexuales, por ejemplo, las transfusiones de sangre o productos sanguíneos. Muchas ITS –en particular, la clamidiasis, la gonorrea, la hepatitis B primaria, el VIH y la sífilis–, pueden transmitirse también de madre a hijo durante el embarazo o el parto (OMS, 2019).

Las personas jóvenes son más vulnerables a las ITS, fundamentalmente por razones de comportamiento. En esta etapa se desarrollan, además, emociones concomitantes con la maduración sexual genital, por el mayor interés que existe en el sexo opuesto y en su mismo sexo.

Lo anterior dirige la reflexión hacia determinar las conductas riesgosas y los factores de riesgo a que se exponen las personas durante la adolescencia. Dichos factores se enumeran a continuación (Chacón Quesada, et. al., 2009):

- El desconocimiento, el conocimiento incompleto o de fuentes no confiables
- La iniciación temprana en las prácticas sexuales coitales
- Otras prácticas riesgosas como la drogadicción y el alcohol.
- Factores Sociales: Diferencias de Género y Desigualdad social
- Los mitos

Las ETS más comunes en México, según el Boletín Epidemiológico de la Secretaría de Salud son (infobae, 2019):



VULVOVAGINITIS

Con 130.490 casos confirmados. Esta enfermedad es una inflamación de la vulva, la vagina o ambas causada por *Candida*, *Trichomonas* o vaginosis bacterianas. Los síntomas son comezón intensa, leucorrea, gris, amarillento e incluso verdoso que a veces puede tener mal olor (infobae, 2019).

	<i>Candida albicans</i>	Vaginosis bacteriana	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Flujo normal
Síntomas	Prurito vulvar; secreción escasa o moderada disuria, cistitis, dispareunia	Prurito, disuria, dispareunia poco frecuente	Cistalgias, polaquiuria, irritación vulvar; prurito, dispareunia	–
Características clínicas del flujo	Escaso o moderado, blanco, grumoso	Moderado, blanco-grisáceo, maloliente («olor a pescado»), homogéneo, adherente	Abundante, amarillo-verdoso, homogéneo, espumoso	Blancuzco, no adherente, no mancha
Vulva y vagina	Eritema, edema, muguet, a veces pústulas en introito, vulva	Rara vez eritema, edema	Eritema, inflamación, cuello en frutilla	Normal
Circunstancia de aparición	Terapia hormonal, embarazo, ingesta de antibióticos, otras ETS, diabetes mellitus	A veces , ETS ^b	ETS, promiscuidad, ausencia de contraceptivos de barrera	Embarazo
Relación con el ciclo menstrual	Exacerbación premenstrual		Exacerbación durante la menstruación	–
Complicaciones y observaciones	Extensión a raíz de miembros inferiores y transmisión perinatal por el canal del parto	Abortos, infertilidad, prematuridad, etc.	Celulitis poscesárea y transmisión perinatal por el canal del parto	–
Diagnóstico	Examen micológico directo Cultivos	Secreción aumentada pH vaginal > 4,5 Secreción «olor a pescado» con KOH 10% Presencia de <i>clue cells</i> ^a	Examen en fresco con fondo oscuro Examen directo Cultivo Elisa	pH < 4,5 Examen en fresco: <i>Lactobacillus</i> KOH negativo

^a Células vaginales recubiertas por abundantes bacilos gramnegativos o gramvariables, cortos, pleomórficos, que impiden ver los bordes. También llamadas «células guía».

^bETS: enfermedad de transmisión sexual.

Figura 50. Diagnóstico diferencial entre las vulvovaginitis infecciosas (Puig & Gallardo, 2003).

CANDIDIASIS UROGENITAL

Dio positivo en 36.641 casos. Es un hongo que se aloja en la vagina y causa inflamación, escurrimiento vaginal sin olor desagradable. Las mujeres en el periodo premenstrual o embarazadas son más propensas a contraer esta levadura (infobae, 2019).



Figura 51. Ejemplificación de candidiasis en el aparato reproductor femenino y masculino (Feliu, 2018).

Los síntomas más comunes de la candidiasis son picor intenso y el enrojecimiento en la región genital. Sin embargo, la candidiasis también puede desarrollarse en otros lugares del cuerpo como en la boca, en la piel, los intestinos y, raramente en la sangre, por lo que los síntomas varían según la región afectada.

El tratamiento para curar esta enfermedad puede demorar hasta 3 semanas y, normalmente, se realiza con antimicóticos o antifúngicos como por ejemplo Miconazol o Fluconazol, que se pueden utilizar en forma de comprimidos, óvulos, loción o pomada (Feliu, 2018).



TRICOMONIASIS

Se detectó en 8.398 casos (infobae, 2019). La tricomoniasis es la infección de la vagina o el aparato genital masculino por *Trichomonas vaginalis*.

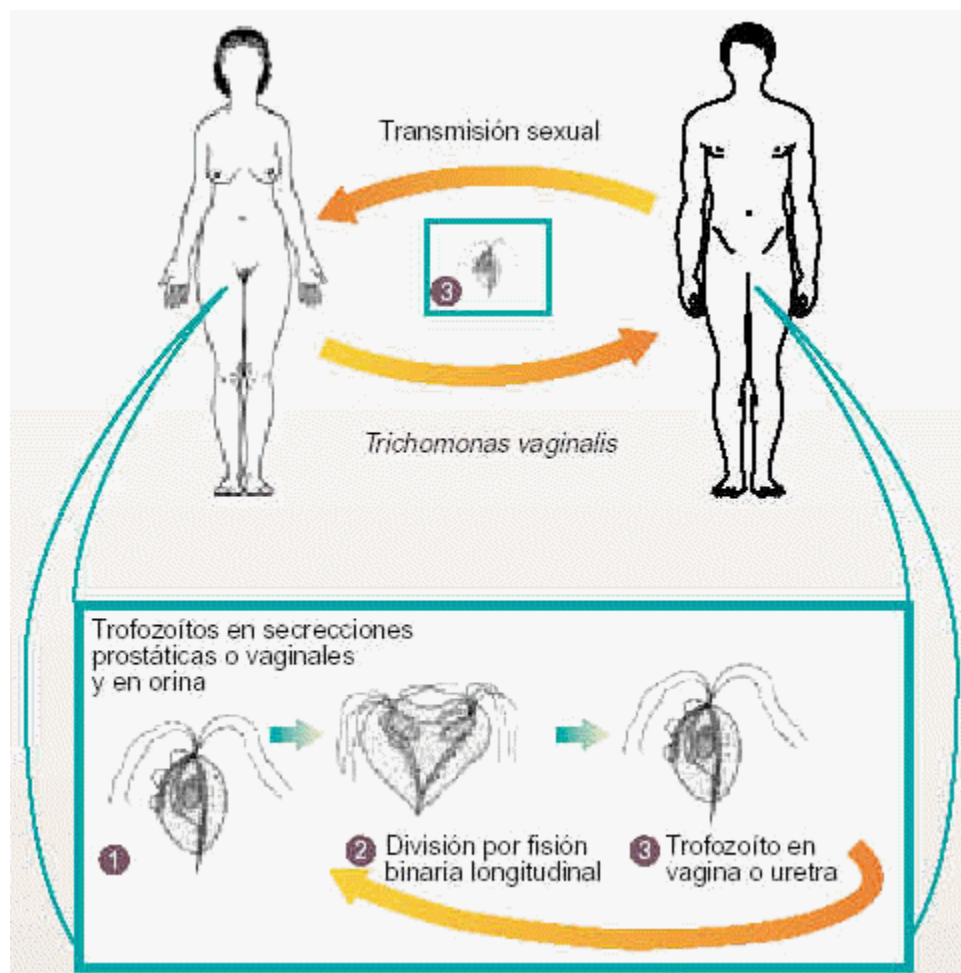


Figura 52. Ciclo biológico de *Trichomonas vaginalis* (Pereira & Pérez, 2003).

La enfermedad puede ser asintomática o causar uretritis, vaginitis o, en ocasiones, cistitis, epididimitis o prostatitis. El diagnóstico se basa en el examen microscópico directo, las pruebas con tiras reactivas o las pruebas de amplificación de ácidos nucleicos de secreciones vaginales, o en el cultivo de la orina o las secreciones uretrales. Los pacientes y sus parejas sexuales deben tratarse con metronidazol o tinidazol (Universidad de California San Diego, 2016).



Se caracteriza por una secreción vaginal profusa, abundante de color gris, amarillento o verdoso con mal olor. Suele causar comezón, ardor intenso, dolor al orinar y durante las relaciones sexuales (infobae, 2019).

VIH

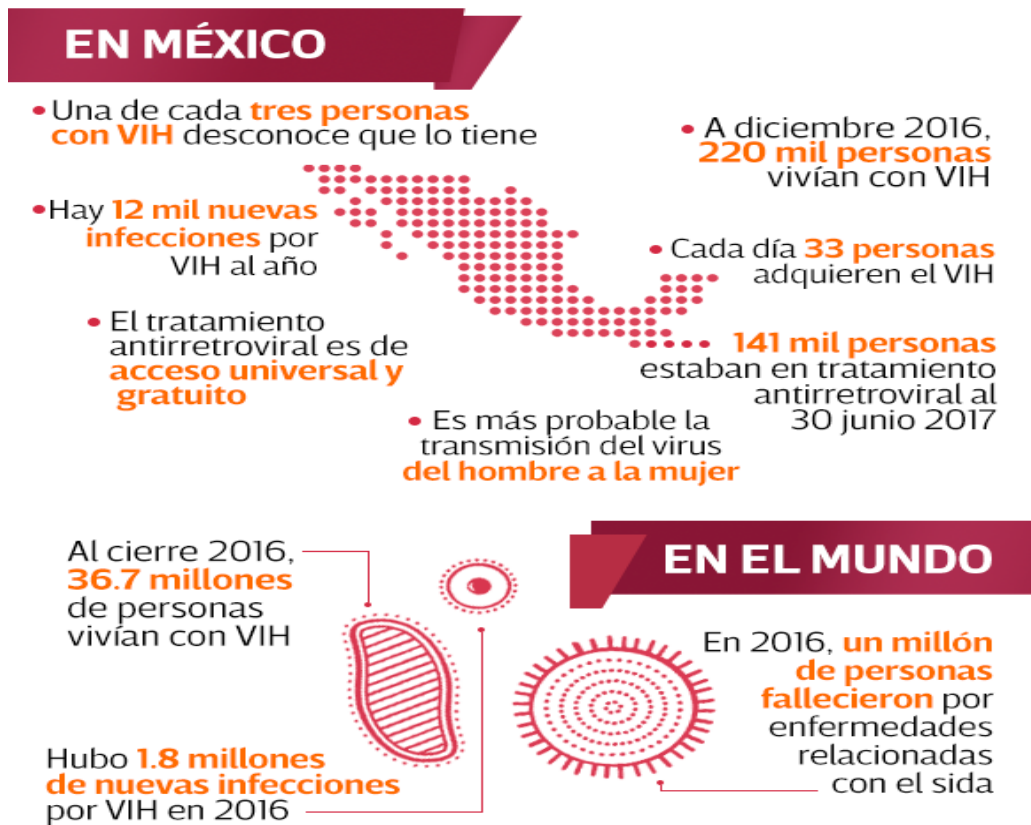


Figura 53. Estadísticas de casos de VIH en México y en el mundo (Excélsior, 2019).

Los casos que se registraron fueron 2.918 (infobae, 2019).

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se



considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ataca el sistema inmunitario y debilita los sistemas de defensa contra las infecciones y contra determinados tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células inmunitarias e impide el normal funcionamiento de la inmunidad, la persona infectada va cayendo gradualmente en una situación de inmunodeficiencia. La función inmunitaria se suele medir mediante el recuento de linfocitos CD4.

La fase más avanzada de la infección por el VIH es el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida o sida que, en función de la persona, puede tardar de 2 a 15 años en manifestarse. Las personas que padecen sida pueden contraer ciertos tipos de cáncer e infecciones o presentar otras manifestaciones clínicas de gravedad.

El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia (OMS, 2018).

HERPES GENITAL

Se registró en 1.255 ocasiones (infobae, 2019). Las infecciones por el VHS-1 se presentan con gran variabilidad y la regla es que se observen hasta en el 80% de los casos en forma asintomática; se desconoce el número exacto de personas infectadas ya que se considera que más del 95% de la población mundial tiene anticuerpos contra este virus que contrajo en el 1er año de vida.



En México se desconoce la prevalencia de la infección por el VHS tipo 2 que es considerado como ETS; sin embargo, se sabe que en el 2006 hubo una tasa de incidencia de herpes genital de 1.4% por cada 100´000 habitantes (Domínguez Soto & Díaz González, 2008).



Figura 54. Herpes labial con Herpes Simple – 1, VHS tipo 2 en genitales masculinos y en genitales femeninos (Hernández, 2015).

El espectro clínico del herpes simple genital va desde la primo- infección primaria que raramente se observa para posteriormente darnos los episodios de recurrencia que son variables en frecuencia e intensidad.

En el sitio de entrada del virus, que generalmente son los genitales externos aparecen vesícula que se agrupan sobre una base eritematosa, éstas fácilmente progresan a pústulas y úlceras. No es infrecuente encontrar durante el primo- infección una balanitis erosiva, vulvitis o vaginitis. En las mujeres las lesiones también pueden encontrarse en cérvix, nalgas y perineo.

Se requiere de un diagnóstico certero que es fundamentalmente clínico, recordando que cada episodio es autorresolutivo en 3 a 7 días. El estándar de oro para el diagnóstico es el cultivo del virus, sin embargo



Al ser una ETS recidivante, pero autorresolutiva a corto plazo, el tratamiento es generalmente sintomático con analgésicos, aplicación de compresas frías, y medidas adecuadas de higiene (Domínguez Soto & Díaz González, 2008).

SÍFILIS ADQUIRIDA

Confirmada 1.138 veces durante 2018, es una enfermedad infecciosa causada por la bacteria *trepomena pallidum pallidum*, que avanza por etapas. Al principio causa inflamación sin dolor en genitales, recto o boca. Una de las maneras visibles de detectarla es por la aparición de una llaga pequeña llamada chancro. Cuando la sífilis no es tratada, puede causar la muerte (infobae, 2019).



Figura 55. Chancro sifilítico. La úlcera característica de la sífilis con bordes regulares y fondo limpio es totalmente asintomática (Domínguez Soto & Díaz González, 2008).

El *Treponema pallidum* es una espiroqueta de 5 a 20 μ m de largo por 0.1 a 0.2 μ m de diámetro; es incapaz de sobrevivir fuera del huésped. Se conoce también como lúes, mal gálico o mal napolitano, es una enfermedad crónica adquirida por contacto sexual (aunque también debe tenerse en cuenta la infección prenatal), caracterizada por una variedad de manifestaciones clínicas ya que puede afectar prácticamente todas las estructuras del organismo; es una enfermedad



intermitente que tiene períodos de actividad (fase primaria, secundaria y terciaria) y periodos prolongados de latencia.

La transmisión ocurre mediante la penetración de la espiroqueta en las membranas mucosas o abrasiones en las superficies epiteliales. El tiempo de incubación desde la exposición a la aparición de las lesiones primarias es en promedio de 3 semanas con un rango de 10 a 90 días. La lesión primaria es una pápula asintomática que al paso del tiempo sufre necrosis superficial convirtiéndose en una ulceración bien circunscrita denominada chancro (Figura 55), ésta siempre aparecerá en el sitio de contacto primario o de inoculación, y puede acompañarse de linfadenopatía inguinal. Este período conocido también como primario es autorresolutivo, es decir, el chancro desaparece en 3 a 12 semanas en forma espontánea (Domínguez Soto & Díaz González, 2008).

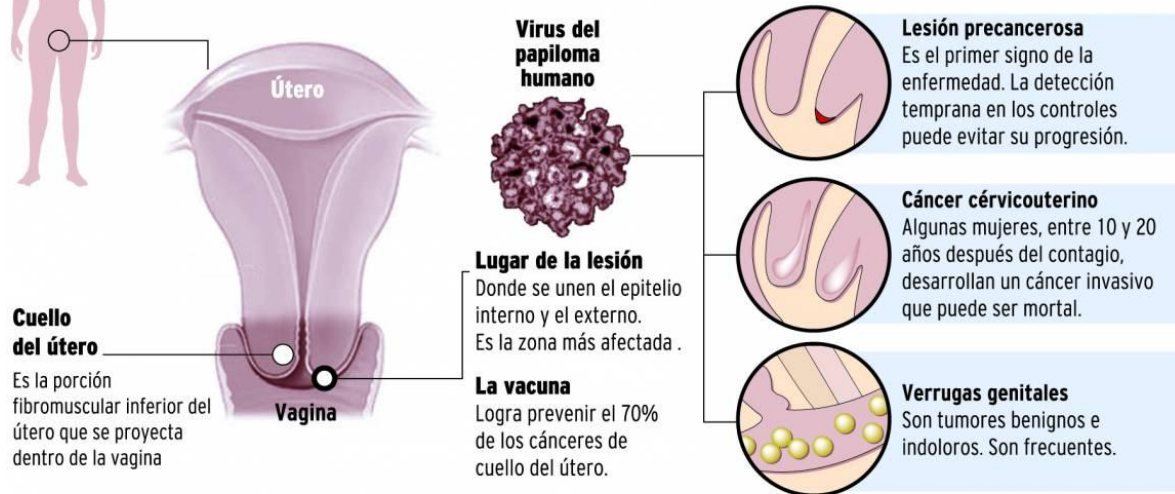
VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

Aunque en el *Boletín Epidemiológico* no existen datos sobre el Virus de Papiloma Humano (VPH), según la OMS es la infección de transmisión sexual más frecuente en el mundo. La mayoría de estos virus desaparecen sin intervención al cabo de dos años, pero un porcentaje pequeño puede persistir y convertirse en cáncer, siendo el cervicouterino el más común (infobae, 2019).



CONSECUENCIAS DE LA INFECCIÓN POR VPH

Cerca del 50% de los adultos activos sexualmente se infectan con alguno de los 100 tipos conocidos del virus. Sólo ciertas cepas pueden producir cáncer.



Infografía LOS ANDES

Figura 56. Consecuencias de la infección por VPH (Los andes, 2014).

El VPH es un grupo de más de 200 virus relacionados, algunos de los cuales se transmiten por relaciones sexuales vaginales, orales o anales.

Los tipos de VPH que se transmiten sexualmente comprenden dos grupos: de bajo riesgo y de alto riesgo.

- Los VPH de bajo riesgo casi no causan enfermedades. Sin embargo, unos pocos tipos de VPH de bajo riesgo pueden causar verrugas en los genitales o alrededor de ellos, en el ano, la boca o la garganta. En algunos casos raros, pueden causar papilomatosis respiratoria recurrente, una afección en la que tumores benignos crecen en las vías respiratorias.
- Los VPH de alto riesgo causan varios tipos de cáncer (Figura 56). Hay cerca de 14 tipos de VPH de alto riesgo. Dos de estos, el VPH16 y el VPH18, son responsables de la mayoría de los cánceres relacionados con el VPH (NCI, 2019).



4.6 ACCIDENTES

Los adolescentes (edades entre los 10 y los 19 años) representan aproximadamente una sexta parte de la población mundial, 1200 millones de personas (OMS, 2018).

La mayoría de los jóvenes goza de buena salud, pero la mortalidad prematura, la morbilidad y las lesiones entre los adolescentes siguen siendo considerables. Las enfermedades pueden afectar a la capacidad de los adolescentes para crecer y desarrollarse plenamente. El consumo de alcohol o tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y/o la exposición a la violencia pueden poner en peligro no solo su salud actual, sino también la de su adultez e incluso la salud de sus futuros hijos (OMS, 2018). Fomentar comportamientos saludables durante la adolescencia y adoptar medidas para proteger mejor a los jóvenes contra los riesgos sanitarios es fundamental para la prevención de problemas de salud en la edad adulta, así como para la salud futura de los países y su capacidad para desarrollarse y prosperar (OMS, 2018).

Siendo los traumatismos uno de los principales problemas de salud, se menciona que las lesiones involuntarias son la principal causa de mortalidad y discapacidad entre los adolescentes. En 2015, más de 115 000 adolescentes fallecieron como resultado de accidentes de tránsito. Los jóvenes conductores necesitan asesoramiento sobre seguridad vial, y al mismo tiempo hay que aplicar con rigor las leyes que prohíben conducir bajo los efectos del alcohol y las drogas. Es preciso asimismo fijar unas tasas de alcoholemia más bajas para los conductores adolescentes y se recomienda establecer permisos progresivos para conductores noveles con tolerancia cero para el alcohol al volante (OMS, 2018).



Los ahogamientos son también una de las principales causas de mortalidad entre los adolescentes. Así, se estima que en 2015 murieron ahogados 57 000 adolescentes, de los que dos terceras partes eran varones. Por tanto, una intervención esencial para prevenir estas muertes es enseñar a los niños y los adolescentes a nadar (OMS, 2018).

Es la primera causa de mortalidad de 10-19 años en los dos sexos y a nivel mundial causa del 50% de muertes de 10-19 años (COEPRA, 2018).

4.6.1 DEFINICIÓN DE ACCIDENTE

La real academia define la palabra accidente como “cualidad o estado que pertenece en algo, sin que sea parte de su esencia o naturaleza”, accidente proviene del latín “accīdens, -entis” que significa “lo que cae, lo que ocurre o sucede ocasionalmente”, el verbo “accidere” que quiere decir “suceder, caer”. La palabra accidente se determina como un hecho o acontecimiento que es provocado por una acción violenta y repentina causada por un tercero externo involuntario, el cual da lugar a una lesión corporal que es cuando el accidente haya causado la muerte o lesión a un pasajero. Este concepto obliga a que se tenga presente los diversos tipos de accidentes que se encuentren restringidos por diversos fenómenos de carácter inesperado e incontrolable.

Es un percance vial que se presenta súbita e inesperadamente, determinado por condiciones y actos irresponsables potencialmente previsibles, atribuidos a factores humanos, vehículos preponderantemente automotores, condiciones climatológicas, señalización y caminos, los cuales ocasionan pérdidas prematuras de vidas humanas y/o lesiones, así como secuelas físicas o psicológicas, perjuicios materiales y daños a terceros (INEGI).

RELACIÓN: TIEMPO Y NÚMERO DE LESIONADOS POR ACCIDENTES VIALES

- Cada 8 minutos: 1 lesionado por accidente vial.
- Cada 30 minutos: 1 hospitalizado por accidente vial.



PROPORCIÓN: MUERTOS/LESIONADOS

- Por cada muerto: 10-15 lesionados graves.
- Por cada muerto: 30-40 lesionados leves (COEPRA, 2018).

CAUSAS MÁS FRECUENTES

- 50% es por accidentes viales: vehículos a motor (chofer y ocupantes), motocicletas, peatones, ciclistas.
- Caídas
- Ahogamientos
- Heridas por arma de fuego
- Envenenamiento
- Quemaduras
- Agresión por animales
- Maquinaria e instrumentos cortantes (COEPRA, 2018).

4.6.2 ÁREAS FRECUENTES DE ACCIDENTES

El adolescente generalmente dispone de un variado campo de acción y en la necesidad de desplazarse, los accidentes viales ocupan el primer lugar (Sáez García, 1992).



Áreas viales	Principalmente los relacionados con vehículos a motor (pasajero-conductor-peatón) autos y motos, además de los accidentes de ciclistas.
Área casera	Los accidentes y muertes son de múltiple etiología, pero los más frecuentes son por arma de fuego, quemaduras (incendios, escaldaduras, por contacto y electricidad), intoxicación por gas, ahogamiento y caídas.
Área académica	Las de mayor incidencia son las relacionadas con el área deportiva, construcciones, laboratorios y vehículos de transporte.
Área laboral	Los adolescentes empleados en oficios que implican manejos de máquinas, instrumentos cortantes, construcciones, manejo de productos industriales potencialmente tóxicos y otras áreas de alto riesgo.

Tabla 10. Áreas frecuentes de accidentes (Sáez García, 1992).

4.6.3 FACTORES DE RIESGO EN ACCIDENTES DE ADOLESCENTES

Los accidentes son un problema de Salud Pública con mayor incidencia en la mortalidad del adolescente; produciendo repercusiones de alto impacto en el ámbito personal y familiar, que se refleja en la dinámica social y económica.

Los riesgos potenciales que predisponen a los accidentes en adolescentes, generalmente interactúan y muchos de ellos, según la circunstancia son determinantes de enlaces fatídicos de los accidentes (COEPRA, 2018).



Factores personales

- Los propios de la etapa adolescente.
- Falta de inhibiciones y deseo de nuevas experiencias y emociones que él considera únicas.
- Sentimientos de omnipotencia y de invulnerabilidad
- El deseo de demostrar que es independiente y valiente.
- El proceso de búsqueda de identidad, que lo lleva a buscar "modelos" que imitar en otros adolescentes y adultos.
- La inhabilidad psicomotora propia de un organismo en crecimiento, que condiciona respuestas lentas o torpes, ante situaciones de emergencia que lo predisponen a accidentes.
- Psicopatologías que determinan conductas de autodestrucción, tendencia a accidentes (más de 3 al año, deben originar alerta y evaluación por parte del equipo de salud).
- Uso y abuso de drogas: alcohol y otras drogas se implican en gran porcentaje de accidentes verdaderos y en para-suicidios (suicidios enmascarados como accidentes).
- Preferencia de conducción nocturna, y los días viernes y sábados.

Tabla 11. Factores riesgo personal en adolescencia (COEPRA, 2018).

Factores familiares

- Familias con excesiva permisividad y que violentan legislaciones sobre edad para conducir.
- Ejemplos familiares de conducta peligrosa.
- Falta de medidas preventivas en el vehículo y hogar.

Tabla 12. Factores riesgo familiar en adolescencia (COEPRA, 2018).



Factores sociales

- Presión grupal que induce a descartar medidas preventivas en diferentes áreas y que motiva conductas peligrosas.
- Mala señalización y condiciones viales.
- Falta de vigilancia en el respeto a la normativa legal para conducir, con respecto a la edad.
- Malas condiciones de seguridad laboral.
- Falta de legislaciones que reglamenten acciones preventivas. (Ejemplo: uso del cinturón de seguridad).
- Falta de apoyo a las acciones preventivas de organismos oficiales.
- Ignorancia de la magnitud del problema.

Tabla 13. Factores personales, familiares y sociales que causantes de accidentes (COEPRA, 2018).

4.6.4 REPERCUSIONES

Las repercusiones personales pueden ser la pérdida de la vida o secuelas físicas y psicológicas, temporales o permanentes que inciden sobre la prosecución académica o laboral; a lo anterior se une las repercusiones familiares en el ámbito emocional como dolor, preocupaciones, angustia que inciden en el cumplimiento laboral y además deben afrontar gastos económicos inesperados y altos por el costo de invalidez y rehabilitación (COEPRA, 2018).

Los accidentes son hechos relacionados con las condiciones y los estilos de vida, de los cuales, suele terminar en:

- Muertes prematuras
- Morbilidad asociada
- Discapacidades
- Carga económica – social, individual y familiar (Hernández García, 2010).



4.7 SUICIDIO

En México, los epidemiólogos han reportado un aumento en las muertes por suicidio en las últimas cinco décadas y una variación del fenómeno. Mientras que en la década de los setenta el suicidio era considerado un fenómeno frecuente en adultos mayores, con el transcurso del tiempo estudios en diferentes países indican incrementos importantes en jóvenes menores de 35 años y en adolescentes (Báez, 2018).

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) documenta que en 2015 hubo seis mil 425 suicidios en México, de los cuales 10.5 por ciento (674) tenía entre 10 y 17 años de edad, 58.8 por ciento (396) de esos casos fueron varones y 41.2 por ciento (278) fueron mujeres. De acuerdo con el INSP, el mayor número de suicidios ocurrió entre los hombres, ya que hubo 3.2 suicidios por cada 100 mil, mientras que en las mujeres la tasa es de 1.8 suicidios por cada 100 mil (Báez, 2018).

Cuando los medios de comunicación informan una muerte por suicidio, por lo general, la víctima es un varón, y pareciera que el suicidio ha adquirido un rostro masculino, y las estadísticas lo confirman: ocho por cada 100 mil hombres fallecieron por lesiones autoinfligidas en 2015, mientras que dos por cada 100 mil mujeres decidieron quitarse la vida (Báez, 2018).

Son las mujeres quienes realizan más intentos de suicidio, pero los varones utilizan métodos más drásticos para morir, en comparación con las mujeres, de ahí que la tasa de muerte por esta causa sea más elevada en este grupo poblacional. La conducta suicida no distingue géneros. Alejandro Molina López señala que, aunque los varones son quienes más mueren por suicidio, este patrón está



cambiando porque las mujeres están imitando métodos frecuentemente utilizados por ellos (Báez, 2018).

“En los últimos años, la frecuencia de las muertes por suicidio incrementa a un ritmo más rápido en ambos géneros. Los hombres siguen con mayor tasa de suicidios consumados, pero los casos en mujeres están aumentando a un ritmo mucho más rápido”, dice (Báez, 2018).

Para Alejandro Molina, miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI), la consumación del suicidio es solo el resultado de un problema mayor que requiere el abordaje desde el punto de vista comunitario, social, legislativo y del sector salud: la conducta suicida (Báez, 2018).

En México, el doctor Guilherme Borges ha realizado investigaciones sobre el proceso suicida, encontrando que las personas no intentan suicidarse solo una vez en el transcurso de la vida: a medida que la persona tiene más ideación, pensamientos y actos de suicidio, hay más probabilidad de que tenga un nuevo intento en el futuro próximo, y que este sea más cercano a lo letal. Cada intento tiene la posibilidad de resultar en la muerte o en una lesión física de primera magnitud, que causa un gran sufrimiento psicológico en el individuo y en los familiares.

4.7.1 CONCEPTO DE SUICIDIO

Suicidio es el acto de matarse en forma voluntaria y en él intervienen tanto los pensamientos suicidas (ideación suicida) como el acto suicida en sí. Según García, Contreras y Orozco (2006) en el suicida se detectan:

- a) Los actos fatales o suicidio consumado;
- b) Los intentos de suicidio altamente letales, aunque fallidos, con intención y planeación del suicidio; y
- c) Los intentos de baja letalidad, generalmente asociados a una situación psicosocial crítica



El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el acto deliberado de quitarse la vida. Su prevalencia y los métodos utilizados varían de acuerdo a los diferentes países. Desde el punto de vista de la salud mental, los y las adolescentes poseen vulnerabilidades particulares, por su etapa del desarrollo (UNICEF, 2017).

4.7.2 FACTORES DE RIESGO

Los y las adolescentes en riesgo de suicidio pueden sufrir vulnerabilidad psicológica o mental, provocada por distintos factores. Esto no quiere decir que las existencias de alguno de estos factores determinen un suicidio, pero son elementos a tener en cuenta. Entre los más comunes están (UNICEF, 2017):

- Problemas familiares graves como situaciones de violencia o agresividad, abuso sexual, los
- Problemas en la escuela, tanto en relación con las bajas calificaciones como el rechazo por parte del grupo de compañeros que, en algunos casos, se convierte en bullying o acoso escolar a través de burlas y agresiones.
- Dificultades en torno a la identificación sexual y el temor a la reacción de la familia.

Según Gutiérrez García, Contreras M, & Orozco Rodríguez (2006):

Factores psicosociales

- Pérdida reciente
- Pérdida de los padres en la infancia
- Inestabilidad familiar
- Rasgos de personalidad:
 - impulsividad,
 - agresividad,
 - labilidad de humor
- Historia familiar de trastornos psiquiátricos:



- Depresión
 - Esquizofrenia
 - Ansiedad
 - Enfermedad bipolar
 - Alcoholismo
 - Suicidio
- Aislamiento social o soledad Desesperanza
 - Estado civil: viudos > separados/divorciados > solteros > casados
 - Historia previa de hospitalización por autolesiones
 - Tratamiento psiquiátrico anterior
 - No estar viviendo con la familia o no contar con alguien

Factores biopsiquiátricos

- Género masculino
- Depresión, alcoholismo, drogadicción, esquizofrenia
- Trastornos de personalidad antisocial
- Intento de suicidio previo
- Enfermedades discapacitantes, dolorosas, terminales Incapacidad para afrontar y resolver problemas

4.7.3 FACTORES PROTECTORES

Los principales factores que proveen protección contra el comportamiento suicida son (OMS, Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, 2001):

- Patrones familiares ·
 - buena relación con los miembros de la familia;
 - apoyo de la familia;
- Estilo cognitivo y personalidad
 - buenas habilidades sociales;
 - confianza en sí mismo, en su propia situación y logros;
 - búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades, por ejemplo, en el trabajo escolar;
 - búsqueda de consejo cuando hay que elegir opciones importantes;



- receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas;
- receptividad hacia conocimientos nuevos;
- Factores culturales y sociodemográficos
 - integración social, por ejemplo, participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades;
 - buenas relaciones con sus compañeros;
 - buenas relaciones con sus profesores y otros adultos;
 - apoyo de personas relevantes.

4.7.4 ESTADO DE ÁNIMO DE LOS SUICIDAS

Tres rasgos en particular son característicos del estado de ánimo de personas suicidas:

1. Ambivalencia.

En la mayoría de las personas existe una mezcla de sentimientos en torno a cometer suicidio. El deseo de vivir y el de morir libran una batalla desigual en el suicida. Existe urgencia de alejarse del dolor que representa vivir, junto con un trasfondo del deseo de vivir. Muchas personas suicidas en realidad no desean morir – simplemente no están contentas con la vida. Si se suministra apoyo y se aumenta el deseo de vivir, disminuirá el riesgo de suicidio.

2. Impulsividad.

El suicidio es también un acto impulsivo. Como cualquier otro impulso, el de cometer suicidio es transitorio y dura unos pocos minutos u horas. Usualmente se desencadena con los acontecimientos negativos del día a día. Calmando esas crisis y tratando de ganar tiempo, el trabajador de la salud puede ayudar a reducir el deseo de suicidarse.



3. Rigidez.

Cuando las personas son suicidas, sus pensamientos, sentimientos y acciones son rígidos. Piensan constantemente en el suicidio y son incapaces de percibir otras formas de salir del problema. Su pensamiento es drástico.

La mayoría de los suicidas comunican sus pensamientos e intenciones suicidas. A menudo lanzan señales y hacen comentarios sobre “querer morir”, “sentirse inútiles” y demás. Todas esas solicitudes de ayuda no deben ser ignoradas.

Cualesquiera que sean los problemas, los sentimientos y pensamientos del suicida son los mismos en todo el mundo (Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, OMS, 2000).

SENTIMIENTOS	PENSAMIENTOS
Triste, deprimido	“Desearía estar muerto”
Solitario	“No puedo hacer nada”
Indefenso	“No lo soporto más”
Desesperanzado	“Soy un perdedor y una carga”
Despreciable	“Otros serán más felices sin mí”

Tabla 14. Relación entre pensamientos y sentimientos del suicida (Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, OMS, 2000).

FICCIÓN	REALIDAD
1. Las personas que hablan de suicidio no cometen suicidio.	La mayoría de los suicidas han advertido sobre sus intenciones
2. Los suicidas tienen toda la intención de morir	La mayoría de ellos es ambivalente.



3. El suicidio sucede sin advertencias	Los suicidas a menudo dan amplias indicaciones.
4. La mejoría después de una crisis significa que el riesgo de suicidio se ha superado	Muchos suicidios ocurren en el periodo de mejoría, cuando la persona tiene toda la energía y la voluntad para convertir los pensamientos de desesperación en actos destructivos.
5. No todos los suicidios pueden prevenirse	Esto es verdadero, pero la mayoría es prevenible.
6. Una vez que una persona es suicida, lo es para siempre.	Los pensamientos suicidas pueden regresar, pero no son permanentes y en algunas personas pueden no hacerlo jamás.

Tabla 15. Ficción vs realidad del suicidio (Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, OMS, 2000).

4.7.5 ¿CÓMO IDENTIFICAR UN SUICIDA?

Existen algunos síntomas a los que es importante prestar atención. Por ejemplo, el desgano y desinterés, la tristeza y la soledad que pueden estar asociados a una depresión. En otros casos, los adolescentes manifiestan la depresión a través de un alto grado de excitabilidad. Hay algunos otros más observables como los cambios en la forma de alimentarse (pérdida o aumento de apetito) o los trastornos en el sueño (UNICEF, 2017).

Señales buscadas en el comportamiento pasado o en la historia de una persona (Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, OMS, 2000):

1. Comportamiento retraído, inhabilidad para relacionarse con familiares y amigos



2. Enfermedad psiquiátrica
3. Alcoholismo
4. Ansiedad o pánico
5. Cambio en la personalidad, mostrando irritabilidad, pesimismo, depresión o apatía
6. Cambio en los hábitos alimenticios o del sueño
7. Intento de suicidio anterior
8. Odio por sí mismo, sintiéndose culpable, falta de valor o avergonzado
9. Una pérdida importante reciente – muerte, divorcio, separación, etc.
10. Historia familiar de suicidio
11. Deseo súbito de arreglar sus asuntos personales, escribir un testamento, etc.
12. Sentimientos de soledad, impotencia y desesperanza
13. Notas de suicidio
14. Salud física deficiente
15. Mención repetitiva de muerte o suicidio.

Bajo riesgo	La persona ha tenido algunos pensamientos suicidas, tales como “No puedo seguir adelante”, “Desearía estar muerto” pero no ha hecho plan alguno.
Acción necesaria	
<ul style="list-style-type: none">• Ofrecer apoyo emocional.• Trabajar a través de los sentimientos suicidas. Entre más abiertamente hable una persona de pérdida, aislamiento y falta de valor, menor será su confusión emocional. Cuando la confusión ceda, la persona tenderá a ser reflexiva. Este proceso de reflexión es crucial, ya que nadie, excepto el propio individuo, puede revocar la decisión de morir y tomar la de vivir.• Centrarse en las fortalezas positivas de la persona, haciéndolo hablar sobre cómo los problemas anteriores han sido resueltos sin recurrir al	



suicidio.

- Remitir la persona a un profesional en salud mental.
- Reunirse a intervalos regulares y mantenerse en continuo contacto.

Mediano riesgo	La persona tiene pensamientos y planes suicidas, pero no planes de cometer suicidio inmediatamente.
-----------------------	--

Acción necesaria

- Ofrecer apoyo emocional, trabajar a través de los sentimientos suicidas de la persona y centrarse en las fortalezas positivas. Adicionalmente, continuar con los pasos siguientes.
- Usar la ambivalencia. El trabajador de la salud deberá centrarse en la ambivalencia sentida por el suicida, de manera que se fortalezca gradualmente el deseo de vivir.
- Explorar alternativas al suicidio. El trabajador de la salud deberá tratar de explorar las diferentes alternativas al suicidio, aunque no parezcan ser soluciones ideales, con la esperanza de que la persona considere al menos una de ellas.
- Pactar un contrato. Hacer que la persona prometa no cometer suicidio - sin contactar al personal de atención médica - por un periodo específico de tiempo.
- Remitir la persona al psiquiatra, orientador o médico y concertar una cita tan pronto como sea posible.
- Contactar la familia, los amigos y colegas y conseguir su apoyo.



Alto riesgo	La persona tiene un plan definido, tiene los medios de hacerlo, y planea hacerlo inmediatamente.
Acción necesaria	
<ul style="list-style-type: none">• Permanezca con la persona. Nunca deje a la persona sola• Hable tranquilamente con la persona y retire las píldoras, el cuchillo, el arma, el insecticida, etc. (aleje los medios del suicidio).• Haga un contrato.• Entre en contacto con un profesional de salud mental o un doctor inmediatamente; llame una ambulancia y haga arreglos de hospitalización.	

Tabla 16. Riesgos de suicidio (Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, OMS, 2000).

4.7.6 RECURSOS

Las usuales fuentes de ayuda son:

- familia
- amigos
- colegas
- clero
- centros de crisis
- profesionales en atención médica

¿Cómo aproximarse a los recursos?

- Tratar de conseguir permiso del suicida para conseguir el apoyo de los recursos y entonces sí contactarlos.
- Aunque se otorgue el permiso, tratar de localizar a alguien que sea especialmente comprensivo con el suicida.
- Hablar con el suicida de antemano y explicarle que algunas veces es más fácil hablar con un extraño que con un ser querido, para que no se sienta rechazado o lastimado.



- Hablar con los recursos sin acusarlos o hacerlos sentir culpables.
- Conseguir su apoyo en las acciones a realizar.
- También ser consciente de sus necesidades (Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, OMS, 2000).

4.7.7 ¿QUÉ HACER Y QUÉ NO HACER ANTE IDENTIFICAR LA DEPRESIÓN?

¿Qué hacer?	¿Qué no hacer?
<ul style="list-style-type: none"> • Escuchar, mostrar empatía y permanecer calmado; • Mostrar apoyo y preocupación; • Tomar seriamente la situación y evaluar el grado de riesgo; • Preguntar acerca de los intentos previos; • Explorar posibilidades diferentes al suicidio; • Preguntar acerca del plan de suicidio; • Ganar tiempo, pactar un contrato; • Identificar otros apoyos; • Quitar los medios, si es posible; • Tomar acción, contar a otros, obtener ayuda; • Si el riesgo es alto, permanecer con la persona. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ignorar la situación; • Mostrarse consternado o avergonzado y entrar en pánico; • Decir que todo estará bien; • Retar a la persona a seguir adelante; • Hacer parecer el problema como algo trivial; • Dar falsas garantías; • Jurar guardar secreto; • Dejar la persona sola.

Tabla 17. Recomendaciones al identificar suicida potencial (Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, OMS, 2000).



4.8 DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2018). La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (OMS, 2018).

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria (OMS, 2018). La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (OMS, 2018). Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en muchos países) no recibe esos tratamientos. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitados, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. Otra barrera para la atención eficaz es la evaluación errónea. En países de todo tipo de ingresos, las personas con depresión a menudo no son correctamente diagnosticadas, mientras que otras que en realidad



no la padecen son a menudo diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos (OMS, 2018).

En México, estudios realizados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, demostraron que el inicio de los trastornos psiquiátricos se da en edades tempranas, durante las primeras décadas de vida, y que 2.0% de la población mexicana ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años de edad. En la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente realizada en la Ciudad de México, se reportó que 10.5% de los adolescentes de entre 12 y 17 años de edad presentaron depresión mayor, distimia y trastorno bipolar I y II (Veytia, González, López, Andrade, & Oudhof, 2012).

Hallazgos consistentes en la investigación sobre el trastorno depresivo han reportado que existe una mayor prevalencia de depresión en las mujeres que en los hombres. Esta diferencia por sexo aparece en el inicio de la adolescencia, alcanzando una razón de 2 a 1 en la adolescencia media y persiste al menos hasta al final de la etapa adulta (Veytia, *et.al.*, 2012). En los adolescentes se ha observado que los sucesos de vida estresantes pueden tener una influencia en el inicio y desarrollo de los síntomas de depresión; éstos se originan de situaciones familiares, personales y económicas que alteran las actividades normales de los individuos (Veytia, *et. al.*, 2012).



4.8.1 TIPOS Y SUBTIPOS DE DEPRESIÓN

TIPOS DE DEPRESIÓN SEGÚN LA OMS	
<p>Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves (OMS, 2018).</p>	
TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR
<p>Repetidos episodios de depresión.</p> <p>Síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • estado de ánimo deprimido, • pérdida de interés • pérdida de la capacidad de disfrutar • reducción de la energía que produce una disminución de la actividad. <p>Otros síntomas:</p> <p>Ansiedad, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa y baja autoestima, dificultades de concentración e incluso síntomas sin explicación médica.</p> <p>Todo ello durante un mínimo de dos semanas.</p>	<p>Característicamente consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal. <p>Los episodios maníacos cursan con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado de ánimo elevado o irritable, • hiperactividad, • logorrea, • autoestima excesiva • disminución de la necesidad de dormir.



Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves.

E.D. Leves: Tendrán alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales habituales, aunque probablemente no las suspendan completamente.

E.D. Grave: es muy improbable que el paciente pueda mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas si no es con grandes limitaciones.

Tabla 18. Clasificación de depresión según OMS (2018).

SUBTIPOS DE DEPRESIÓN	
DEPRESIÓN MAYOR	DISTIMIA (O TRASTORNO DISTÍMICO)
Los síntomas depresivos son intensos y aparecen en forma de episodios (semanas o meses).	Los síntomas depresivos son menos intensos, pero son muy incapacitantes por ser crónicos (duran como mínimo dos años).



TRASTORNO ADAPTATIVO	OTROS TRASTORNOS DEPRESIVOS
Los síntomas depresivos son leves, están presentes durante un período breve de tiempo y se deben a algún problema (factor estresante agudo) que ha sufrido el paciente.	En este apartado hay que incluir los síndromes depresivos que pueden formar parte del conjunto de síntomas de otras enfermedades psiquiátricas (por ejemplo, el trastorno bipolar) y no psiquiátricas (por ejemplo, anemias, esclerosis múltiple, hipotiroidismo).

Tabla 19. Subtipos de depresión (Forum Clínic, 2009).

TIPO DE DEPRESIÓN	SÍNTOMAS / DESCRIPCIÓN
Depresión grave:	<p>Síntomas severos que interfieren con su habilidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar la vida.</p> <p>Un episodio de depresión grave puede ocurrir sólo una vez en la vida de una persona, pero frecuentemente, una persona padece varios episodios.</p>
Trastorno distímico o distimia:	Síntomas de depresión que duran mucho tiempo (2 años o más) pero son menos graves que los de la depresión grave.
Depresión leve:	Similar a la depresión grave y distimia, pero los síntomas son menos graves y pueden durar menos tiempo.

Tabla 20. Tipos de depresión y sintomatología clínica (NIMH, 2010).



4.8.2 SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN

- Tristeza, se presenta diferencia del sentimiento de tristeza no patológico:
 - Intensidad superior a la esperable para la situación ambiental en la que se encuentra el sujeto.
 - El paciente la describe como diferente a otras experiencias tristes que hubiera podido sufrir previamente, y existe mayor sensación de pérdida de control y gran dificultad o incluso imposibilidad para motivarse por otras cuestiones que no sean el foco de su tristeza."
- Lentitud de movimientos, gesticulación facial y corporal escasa, sensación de fatiga, irritabilidad, llanto fácil, temor a la toma de decisiones, pérdida de apetito.
- Insomnio: muy característico de las formas más graves, es lo que llamamos "despertar precoz" (se duerme bien las primeras horas de la noche y después, ya de madrugada, el paciente se despierta y ya no puede volver a conciliar el sueño).
- Bradipsiquia.
- Anhedonía, Un síntoma particularmente grave. No sólo hay falta de motivación, sino que el paciente, incluso teniendo delante algo agradable, no puede disfrutar con ello.
- Síntomas físicos,
 - Dolor de cabeza,
 - molestias digestivas
 - dolor generalizado, etc.
- Pensamientos pesimistas, con aumento de sentimientos de culpa por cosas hechas en el pasado. En casos graves las ideas pesimistas pueden llegar a ser delirantes (es decir, sin ninguna lógica); por ejemplo, asegurar que en breve padecerá una enfermedad grave (sin tener ningún síntoma que lo haga pensar).



- Pensamientos relacionados con la muerte, bien en forma de “sería mejor estar muerto”, o bien, y entonces aumenta mucho el riesgo de suicidio, planificando el método de cómo quitarse la vida (Forum Clínic, 2009).

4.8.3 CAUSAS DE LA DEPRESIÓN

A pesar del enorme interés que se ha dedicado al conocimiento de las causas de las depresiones, todavía no conocemos con exactitud los mecanismos causantes de las mismas. Se considera que hay diversos factores implicados, como (Forum Clínic, 2009):

FACTOR		POSIBLES DETONANTES
Personalidad del paciente	Presentar un carácter con alguna cualidad extrema, como: <ul style="list-style-type: none"> • inseguridad, • dependencia, • hipocondría, • perfeccionismo, • auto exigencia. 	
Ambiental	Sufrir algún problema (económico, familiar, de salud)	
Biológicos	Alteraciones Cerebrales	Una alteración en el funcionamiento de dos áreas del cerebro (área frontal y área límbica) motivan la aparición de un trastorno depresivo. No existe una lesión anatómica visible.
	Alteraciones en Neurotransmisores	En la depresión la conexión neuronal mediante neurotransmisores no funciona



		bien.
	Alteraciones Genéticas	Si algún familiar ha presentado alguna depresión.

Tabla 21. Factores asociados a depresión (Forum Clínic, 2009).

4.8.4 TRATAMIENTO

Hay diversos tipos de depresión, el tratamiento variará de un paciente a otro. Aunque existe un razonable consenso en el tratamiento primordial de los trastornos depresivos, cada paciente requiere un abordaje específico.

Hay dos tipos de tratamientos relevantes en el abordaje terapéutico de los trastornos depresivos: el tratamiento psicológico y el tratamiento biológico.

El peso que en cada paciente tendrá uno u otro tipo de tratamiento dependerá esencialmente del tipo de trastorno depresivo:

- La depresión mayor parece ser una enfermedad con un componente biológico muy importante. Esto permite justificar que el tratamiento farmacológico sea más importante que el psicológico.
- En el trastorno adaptativo, en el que existe una dificultad para afrontar una situación estresante real, el tratamiento psicológico es especialmente relevante.
- Por lo que respecta a la distimia, existiría una causa biológica, junto a aspectos de carácter que limitan la capacidad del paciente para afrontar los diversos conflictos del día a día. Por este motivo, el tratamiento combinado farmacológico y psicológico suele ser el indicado (Forum Clínic, 2009).



4.8.5 DIAGNÓSTICO

Ningún síntoma garantiza el diagnóstico por sí solo. Algunas personas depresivas experimentan muy pocos síntomas, otras en cambio presentan un amplio número de síntomas. La gravedad de los síntomas también varía mucho de unos pacientes a otros. Además, en la actualidad no existe ninguna técnica diagnóstica útil para realizar este diagnóstico. Ni las técnicas de neuroimagen (escáner, resonancia, radiografía), ni el electroencefalograma, ni los análisis de sangre, permiten detectar ninguna anomalía característica de los trastornos depresivos (Forum Clínic, 2009).

4.8.6 COMPLICACIONES

Tres son las complicaciones más frecuentes de la depresión:

- Cronificación de los síntomas,
- Recaídas
- Suicidio.

4.9 ADICCIONES

El uso, abuso y dependencia al tabaco; el abuso y la dependencia a las bebidas alcohólicas y el uso, abuso y dependencia a otras sustancias psicoactivas o psicotrópicas, de empleo lícito o ilícito, constituyen un grave problema de salud pública y tienen, además, importantes consecuencias negativas que trascienden en el ámbito de la salud individual y repercuten en la familia, en la escuela, en el trabajo y en la sociedad (NOM-028-SSA2-1999, 1999).



Diversos estudios y sistemas de información y vigilancia dan cuenta de la magnitud y de las tendencias del uso y abuso de tales sustancias en nuestro país, lo que ha permitido establecer que el abuso de bebidas alcohólicas y el alcoholismo constituyen nuestra problemática más importante, seguida por el tabaquismo y el consumo de otras sustancias psicoactivas (NOM-028-SSA2-1999, 1999).

En el caso de las bebidas alcohólicas, la población juvenil bebe a edades cada vez más tempranas, y su consumo excesivo repercute en los índices de morbi-mortalidad y en el costo social. En relación al tabaquismo, es innegable la asociación directa e indirecta del consumo del tabaco y sus productos, con graves padecimientos de alta letalidad, así como su impacto familiar, laboral, social y económico. En cuanto a la adicción a sustancias psicoactivas ilícitas, tiene una dinámica diferente por la aparición de nuevas sustancias psicoactivas, formas de uso y patrones de consumo que han aparecido recientemente, y se presenta de manera fundamental en zonas urbanas, con marcadas diferencias regionales (NOM-028-SSA2-1999, 1999).

Además, el uso de unas sustancias aumenta el riesgo del consumo de otras. Entre los problemas se encuentra el problema de salud, provocando el aumento de distintas morbi-mortalidades como es el caso de los accidentes, conductas violentas, cirrosis hepática, cáncer pulmonar, enfermedades cardiovasculares, conducta sexual riesgosa, síndrome alcohólico-fetal, trastornos mentales y de la conducta.

4.9.1 ADICCIÓN A LAS DROGAS

La adicción es una enfermedad primaria, crónica asociada a factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen su desarrollo y sus manifestaciones; La enfermedad es frecuentemente progresiva y fatal. Es caracterizada por episodios continuos o periódicos, se en tiende por “Adicción” a el hábito de realizar



conductas cotidianas que resultan peligrosas, estresan la mente y reducen la función cerebral. Entre estas podemos mencionar el trabajo a ritmos frenéticos, no dormir lo suficiente, vivir relaciones tensas, juegos de azar, videojuegos, ir de compras, el sexo, las redes sociales, enviar mensajes de texto, ver pornografía etc. o al consumo de determinados productos los cuales pueden ser por ejemplo la “comida rápida”, o el consumo de drogas; Las adicciones se caracterizan por ser un “hábito” del que no se puede prescindir o resulta muy difícil hacerlo por razones de dependencia psicológica, biológica, psicológica o espiritual.

La adicción a drogas es una enfermedad crónica recidivante, determinada por alteraciones en los mecanismos neurobiológicos de la función cerebral. El empleo de sustancias con fines recreativos se fundamenta en el hecho de que éstas causan efectos reforzadores a través de las rutas dopaminérgicas mesolímbocorticales. El abuso crónico de drogas, sin embargo, está asociado con una serie de cambios adaptativos en la fisiología cerebral. Estas alteraciones, que parecen ser tanto intrínsecas como extrínsecas a las rutas de recompensa, conducen progresivamente al trastorno adictivo (Tapia, *et. al.*, 2016).

4.9.2 ASPECTOS CONDUCTUALES, NEUROQUÍMICOS, NEUROFISIOLÓGICOS Y MOLECULARES DE LA FUNCIÓN CEREBRAL INVOLUCRADOS EN LA DEPENDENCIA DE DROGAS

Los términos dependencia y adicción a drogas hacen referencia a un síndrome recidivante caracterizado por una conducta compulsiva de búsqueda de drogas con incapacidad del individuo para controlar su consumo y con aparición de un cortejo de síntomas y signos durante la abstinencia. Mientras el uso inicial de una droga tiene carácter voluntario, el estado adictivo es la consecuencia de cambios agudos cerebrales que se repiten con cada episodio (recaída) de administración de la sustancia y que finalmente conducen a modificaciones que perduran en el tiempo.



Aunque cada droga posee un mecanismo de acción peculiar, todas las sustancias de abuso afectan directa o indirectamente a una vía nerviosa presente en el cerebro que es el sistema de recompensa mesolímbico. Los mecanismos neurobiológicos del proceso adictivo: implicación de las rutas de recompensa (Tapia, *et. al.*, 2016).

4.9.3 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL USO DE DROGAS

En México, más de 32 millones personas entre 12 y 65 años consumen alcohol, el 26% de la población consume tabaco y cerca de 2 millones 700 mil personas de 12 a 65 años han consumido drogas ilegales alguna vez en su vida. Asimismo, poco más de 3 millones 500 mil personas de entre 12 y 17 años de edad consumieron alcohol; del 26% de la población de ese grupo, por cada mujer hay 1.4 varones. Ha habido un incremento en el consumo de alcohol de 9% para la población de 15 años. Cada vez son más las mujeres que consumen alcohol (CIJ, 2009, 2007b; Tapia, *et. al.*, 2016).

La droga de inicio es definida como la primera sustancia legal o ilegal que se consumió. En promedio, la edad en que esto sucede es a los 14.8 años de edad (desviación estándar de 4.8 años) y 88.4% refirieron continuar con el consumo de la droga de inicio referida.

La droga de inicio de mayor frecuencia relativa fue el alcohol con 50.1%, seguido por el tabaco y la marihuana con 25.6% y 13.3%, respectivamente. En conjunto, estas tres sustancias representan 89% de la distribución de la población según droga de inicio (SISVEA, 2014; Tapia, *et. al.*, 2016).



Gráfica de incidencia de Alcohol, tabaco, marihuana y cocaína en los Jóvenes del Estado de México

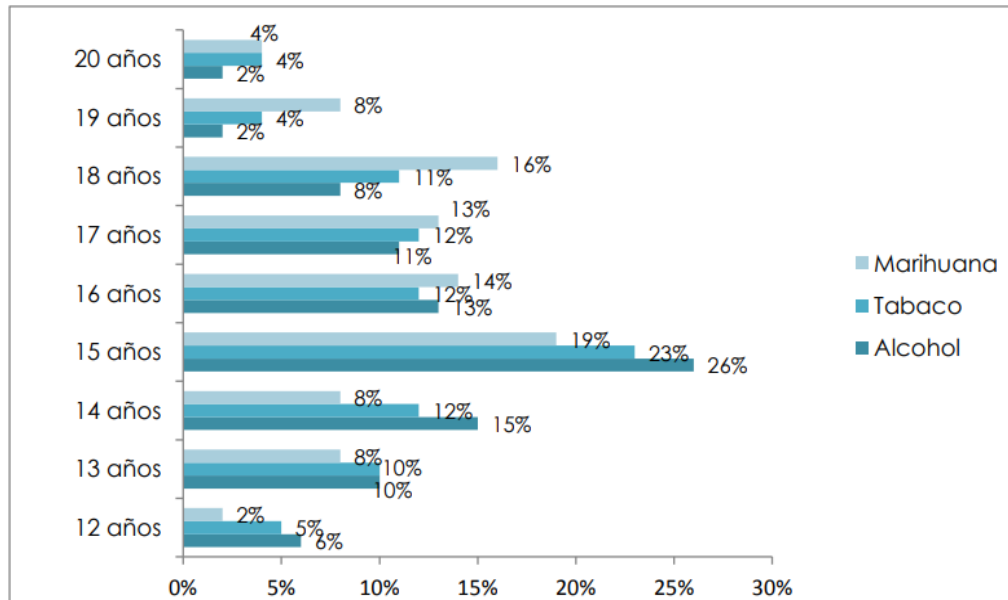


Figura 57. Datos estadísticos del Instituto Mexiquense de la Juventud. Encuesta Estatal de Juventud 2013-2014.

En esta grafica se observa que la edad promedio en la que los jóvenes empiezan a consumir algún tipo de droga es a los 15 años, el 26% de ellos a esa edad empezó a consumir alcohol, el 23% consumió tabaco y el 19% consumió marihuana. Solo se muestran los tres tipos de drogas (Alcohol, Tabaco y Marihuana) con mayor porcentaje de consumo (Huizar, 2015).

Asimismo, se encuentran estadísticas acerca del lugar en donde los jóvenes consumieron por primera vez el alcohol y otras sustancias ilícitas. Los lugares con mayor porcentaje son fiestas, calle y casa de un amigo o conocido (Huizar, 2015).



Tipo de droga	Fiesta	Calle	Casa de amigo/ conocido	Escuela	NS/ NC*	Otro
Alcohol	44%	17%	11%	9%	2%	0%
Tabaco	37%	27%	11%	16%	1%	0%
Marihuana	23%	39%	19%	12%	3%	1%
Cocaína	24%	38%	19%	4%	9%	6%
Heroína	15%	47%	26%	0%	12%	0%
Inhalantes	25%	41%	20%	5%	4%	0%
Anfetaminas	35%	27%	38%	0%	0%	0%
Éxtasis	46%	8%	29%	12%	5%	0%

*NS/NC: No sabe, No Consume.

Figura 58. Datos estadísticos del Instituto Mexiquense de la Juventud. Encuesta Estatal de Juventud 2013-2014.

DROGAS LEGALES: ALCOHOL, CAFÉ TABACO Y BEBIDAS ENERGETIZANTES

Cada año crece el número de adolescentes que consumen bebidas alcohólicas y tabaco en el mundo entero. El consumo de tabaco ha alcanzado la proporción de una epidemia global, refiere que existen 1300 millones de fumadores en el mundo; de los cuales 5 millones (aproximadamente) morirán este año por enfermedades relacionadas con el tabaco. Para el año 2030 esta cifra aumentará a 10 millones.

La población más afectada por el consumo de drogas es la de los adolescentes, Tapia, *et. al.*, (2016) dicen que, el abuso de sustancias psicotrópicas, constituye uno de los problemas de salud pública de nuestra época, que se presenta tanto a



nivel nacional como internacional. Este fenómeno de salud afecta, sin distinción de género, incidiendo principalmente en niños y adolescentes, de cualquier estrato social y de todas las regiones de nuestro país. Los estudios epidemiológicos, tanto nacionales como mundiales nos demuestran que este fenómeno es cambiante y se presenta con mayor frecuencia en jóvenes y con sustancias más dañinas. Se observa además un aumento en el uso de drogas en la mujer, tanto legal como ilegal (Villatoro, *et. al.*, 2012).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol, En la población adolescente, se encontró que el consumo de alcohol aumentó significativamente en las tres prevalencias. De tal manera que el consumo alguna vez pasó de 35.6% a 42.9%, en el último año de 25.7% a 30.0% y en el último mes de 7.1% a 14.5%. Esta misma tendencia se observó en los hombres y en las mujeres, especialmente en el consumo del último mes ya que se incrementó en el caso de ellos de 11.5% a 17.4% y en ellas de 2.7% a 11.6%. En 2008 el 49.1% de las personas que consumieron alcohol, mencionó que lo hizo por primera vez a los 17 años o menos, mientras que en 2011 este porcentaje incrementó a 55.2%. Respecto a otros grupos de edad, el 45.7% en 2008 y el 38.9% en 2011 iniciaron entre los 18 y 25 años. Sólo el 5.3% en 2008 y el 5.9% en 2011 consumieron alcohol por primera vez entre los 26 y 65 años.

De acuerdo con las estadísticas obtenidas en 2011 por la, 6% de la población consumidora de alcohol, desarrolló dependencia. Lo cual equivale a 4.9 millones de personas. Con respecto al sexo, esta aqueja al 10.8% de los hombres entre 12 y 17 años y al 1.8% de las mujeres. Con relación a la edad, afecta a 4.1% de los adolescentes y 6.6% de los adultos (Villatoro, *et. al.*, 2012).



4.9.4 CONCEPTOS

DROGA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas (Tapia, *et. al.*, 2016).

FÁRMACO

Toda sustancia natural, sintética o biotecnológica que tenga alguna actividad farmacológica, y que se identifique por sus propiedades físicas, químicas o acciones biológicas, que no se presenten en forma farmacéutica y que reúna las condiciones para ser empleada como medicamento o ingrediente de un medicamento (FEUM, 2017).

USO

Aquella forma de relación con las drogas en la que, por su cantidad, frecuencia de uso o por la situación física y social del sujeto, no se detectan consecuencias negativas inmediatas sobre el consumidor ni sobre su entorno (Tapia, *et. al.*, 2016).

ABUSO

Forma de relación con las drogas en la que, por su cantidad, frecuencia de uso o por la situación física, psíquica y social del sujeto, se producen consecuencias negativas para el consumidor y su entorno. Actualmente se habla de tres tipos de usos y/o abusos de drogas (Tapia, *et. al.*, 2016):

- 1) Ocasional, experimentadores, uso social controlado
- 2) Abuso de drogas, perjudicial



3) Adicción o dependencia a las drogas.



Figura 59. Tipos de consumidores (Tapia, *et. al.*, 2016).

TOLERANCIA

Después de un periodo de experiencias de uso con una droga, se puede desarrollar el fenómeno conocido como tolerancia. La tolerancia es la adaptación del organismo a los efectos de la droga, se caracteriza por una disminución de la respuesta a la misma dosis de droga o por el hecho de que para producir el mismo grado de efecto farmacodinámico, es necesaria una dosis mayor (Tapia, *et. al.*, 2016).

DEPENDENCIA

En sentido general, estado de necesitar o depender de algo o de alguien, ya sea como apoyo, para funcionar o para sobrevivir. Aplicado al alcohol y otras drogas, el término implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal. En el DSM-III-R (tercera edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana), la dependencia se define como un grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona



presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva y que sigue consumiéndola a pesar de las consecuencias adversas. Equivale, más o menos, al síndrome de dependencia recogido en la CIE-10 (ICD-10). En el contexto de la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión), el término dependencia podría referirse en general a cualquiera de los componentes del síndrome. Este término se intercambia a menudo con el de adicción y alcoholismo (OMS, 1994).

La OMS introdujo el término “dependencia” para sustituir a los de adicción y habituación. Si no se especifica, la dependencia se refiere tanto a los elementos físicos como a los psicológicos. La dependencia psicológica o psíquica se aplica al deterioro del control sobre la bebida o sobre el consumo de la sustancia, mientras que la dependencia fisiológica o física se refiere a la tolerancia y los síntomas de abstinencia. En los debates centrados en la biología, el término dependencia suele emplearse únicamente en referencia a la dependencia física. Las expresiones dependencia o dependencia física se utilizan también en psicofarmacología en sentido aún más estricto para designar exclusivamente la aparición de síntomas de abstinencia al suspender el consumo de la sustancia. En este sentido restringido, la dependencia cruzada se considera complementaria de la tolerancia cruzada y ambas expresiones se refieren exclusivamente a los síntomas físicos (neuroadaptación) (OMS, 1994).

SOBREDOSIS

Se presenta cuando al organismo se le ministra cierta cantidad y calidad de sustancia no resistida por el organismo que la ingiere. Por ejemplo, un adicto que tiene el mismo proveedor acostumbra a consumir las mismas cantidades de acuerdo con el potencial ya conocido; ocurriendo el cambio de proveedor, la nueva partida podrá contener un grado de pureza considerablemente superior al esperado y para el cual, el organismo no estaba acostumbrado, ocurriendo así la sobredosis (Tapia, *et. al.*, 2016).



4.9.5 CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS

Existen diferentes criterios para clasificarlas. Se les puede agrupar según:

- Efectos que producen en el Sistema Nervioso
- Procedencia
- Intensidad de la adicción que provocan
- Tipo de dependencia,
- Potencialidad farmacológica
- Pertinencia en la sociedad legalmente
- Y muchas otras variantes

El uso y abuso de las drogas representa un problema de salud pública muy grave, capaz de producir importantes alteraciones de la salud y problemas sociales, a continuación, ampliaremos la explicación para cada criterio de clasificación (Tapia, *et. al.*, 2016).

CLASIFICACIÓN JURÍDICA	
Cabe resaltar que a veces es difícil entender la claridad de esta clasificación, ya que el tabaco se clasifica como droga legal y los disolventes no, a pesar de que en ambos casos su venta y posesión está permitida, siempre y cuando se trate de personas mayores de 18 años..	
Drogas Legales	Drogas Ilegales
Son aquellas cuya venta ha sido aprobada mediante recetas o directamente en el mostrador.	Son aquellas cuya fabricación, venta, compra con fines de venta o posesión están prohibidas por las leyes. Dichas drogas se fabrican en laboratorios ilegales clandestinos y se accede a través del mercado negro a ellas
<ul style="list-style-type: none"> • Alcohol, • tabaco, 	<ul style="list-style-type: none"> • metadona • Derivados del Cannabis



- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • psicofármacos, estimulantes menores y otras sustancias (heroína, metadona), psicotrópicos bajo prescripción médica, ciertos disolventes de uso doméstico o industrial | <ul style="list-style-type: none"> • Heroína • Cocaína • Drogas sintéticas y otras. |
|---|--|

Tabla 22. Clasificación jurídica de las drogas (Tapia, *et. al.*, 2016).

CLASIFICACIÓN SEGÚN SUS EFECTOS	
Esta tiene como base cuatro grandes grupos de acuerdo con sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central (NIDA).	
Depresores o Psicolépticos	Estimulantes o Psicoanalépticos
Inhiben el funcionamiento del SNC, enlenteciendo la actividad nerviosa y el ritmo de las funciones corporales. Entre los efectos que producen hay estimulación inicial seguida de una depresión de mayor duración	Producen activación general del SNC, aumentan las funciones corporales, aumenta el estado de alerta, mejoría del estado de ánimo, falta de sueño, aumento de energía, disminución del apetito y adicción.
<ul style="list-style-type: none"> • Alcohol • Diversos tipos de opiáceos (heroína, morfina, metadona) • ciertos psicofármacos como los tranquilizantes o sedantes, los hipnóticos • algunos anestésicos, • el <i>éxtasis</i> líquido o GHB • inhalantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayores <ul style="list-style-type: none"> ○ cocaína ○ Anfetaminas ○ Metanfetaminas ○ MDMA (éxtasis) • Menores <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicotina ○ Xantinas (cafeína, teína, teobromina, teofilina).



Alucinógenos o Psicodislépticos	Mixtos
Producen un estado de conciencia alterado, distorsión de la percepción del tiempo y del espacio, cambios bruscos en el estado de ánimo, efectos variables en función del entorno en el que se consume la droga, mezcla de percepciones sensoriales	Son sustancias que provocan una combinación en su acción en el SNC, en mayor o menor intensidad,
<ul style="list-style-type: none">• LSD• Psilocibina en los hongos alucinógenos• Mezcalina en el peyote;• anestésicos disociativos: fenciclidina, también conocida como PCP o polvo de ángel,• ketamina• cannabinoides	<ul style="list-style-type: none">• Éxtasis• Cannabis

Tabla 23. Drogas según sus efectos (Tapia, *et. al.*, 2016).



CLASIFICACIÓN SEGÚN SU CAPACIDAD ADICTIVA

Esta clasificación sirve para distinguir las drogas altamente adictivas que representan serios danos a la salud (duras), de las poco adictivas, que no presentan un riesgo tan severo para quien las consume, no conlleva patrones de comportamiento social desadaptativos y no hay evidencia completa de que produzcan adicción física o está en discusión (blandas).

Drogas Duras	Drogas Blandas
<p>Son aquellas que originan dependencia física, ocasionan dependencia más rápidamente y tienen mayor toxicidad.</p> <p>Todas las drogas duras se caracterizan por un síndrome de abstinencia extremadamente violento y un alto grado de tolerancia.</p> <p>Ejemplos de drogas duras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cocaína, • opioides, • alcohol, • anfetaminas. 	<p>Son aquellas que ocasionan solo dependencia psíquica, su dependencia es menos rápida y proporcionan menos toxicidad y, por lo tanto, el consumidor puede dejar de tomarlas sin tener que sufrir graves trastornos corporales.</p> <p>Ejemplos de drogas blandas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivados de cannabis (marihuana, hachís)

Tabla 24. Clasificación drogas según capacidad adictiva (Tapia, *et. al.*, 2016).



CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS SEGÚN LA OMS

Tipo de alcohol	Bebidas alcohólicas de cualquier clase.
Tipo de anfetamina	Anfetamina, dexanfetamina, metanfetamina, metilfenidato y fenmetracina.
Tipo de barbitúrico	Barbitúricos y algunos otros fármacos de efectos sedantes como el hidrato de cloral, el clordiacepóxido, el diacepan, el meprobamato y la metacualona.
Tipo de cannabis	Preparación de la cannabis sativa, como marihuana (bhang, daggam, kif, maconha) ganja y hachís (charas).
Tipo de cocaína	Cocaína y hojas de coca.
Tipo de alucinógeno	Dimetilriptamina (DMT), lisérgida (LSD), mescalina, peyote, psicolocibina y estramonio.
Tipo de khat	Preparaciones de Catha edulis Forsk.
Tipo de opiáceo	Opio, morfina, heroína, codeína y productos sintéticos con efectos morfínicos como la metadona y la petidina.
Tipo de solventes volátiles (producto de inhalación)	Tolueno, acetona, gasolina y tetracloruro de carbono, e igualmente ciertos agentes anestésicos como el éter, el cloroformo, y el óxido nitroso.

Tabla 25. Clasificación drogas (OMS, 2004).



4.9.6 FICHAS DE DROGAS

ALCOHOL

CLASIFICACIÓN	Legal Sedante hipnótico
EFFECTOS SNC	Es un depresor del Sistema Nervioso Central (SNC). Inicialmente y en poca cantidad es estimulante; sin embargo, su efecto es mayormente depresor (sedante hipnótico) al aumentar la cantidad de alcohol en sangre.
TIPO DE DEPENDENCIA	Física y psicológica
TIEMPO DE INICIO DE SINTOMATOLOGÍA	Es inmediata, de acuerdo con la cantidad de alcohol que es absorbida y se encuentra en la sangre.
MANIFESTACIONES CLÍNICAS	Hay una progresión de cambios psicológicos y fisiológicos correspondientes al incremento de los niveles de alcohol en sangre, medidos en % (g/100 mL) (donde 0.08 g alcohol/100 mL = 17 mM): 0.01-0.05%. Cambios en la personalidad, alivio de la ansiedad, lubricante social (más parlanchín, enérgico, elocuente), desinhibición. 0.05-0.08%. Desinhibición significativa ("alma de la fiesta"), alteración del juicio, alteración de la cognición, la alteración de la función motora. 0.08-0.15%. Ataxia marcada (asombramiento; trastornos del habla), mayor deficiencia motora, deterioro de valor de tiempo de reacción, apagones. 0.15-0.30%. Mayor sedación/hipnosis (estuporoso pero consciente), acercándose a la anestesia general,



	<p>acercándose al coma.</p> <p>0.30–0.40%. Dosis letal para el 50% de las personas.</p>
COMPLICACIONES	<p>Se pueden presentar: hepatopatías, pancreopatías, trastornos gastrointestinales, cardiopatías, miopatías alcohólicas, síndromes alcohólicos fetales, trastornos hematológicos, cáncer, demencia de Korsakoff (por deficiencia de tiamina), entre otros.</p>
TOLERANCIA	<p>En fases de alto consumo aparece la intolerancia (pequeñas cantidades de alcohol producen grandes intoxicaciones).</p> <p>El uso continuo de bebidas alcohólicas produce un aumento progresivo de la tolerancia en el organismo.</p> <p>Tiene una tolerancia cruzada con la mayor parte de depresores del SNC, los barbitúricos y las benzodiazepinas.</p>
INTOXICACIÓN	<p>Si es aguda, puede llegar a producir coma y muerte.</p> <p>Si es atípica, puede presentar de forma combinada, la agitación psicomotriz y un cuadro de delirio o alucinaciones.</p>
SÍNDROME DE ABSTINENCIA	<p>En casos graves, se presenta el delirio tremens, aparición posterior a las 72 horas de la última ingesta.</p> <p>Puede presentar agitación, trastornos de memoria, sudoración, hipertermia, temblores, insomnio, ansiedad, alucinaciones visuales.</p> <p>Si es grave debe tratarse con rapidez por el manifiesto peligroso de deshidratación y trastorno del equilibrio electrolítico, incluso pueden producir la muerte.</p>

Tabla 26. Alcohol (Tapia, *et. al.*, 2016).



TABACO (NIDA)

CLASIFICACIÓN	Legal
EFFECTOS SNC	Estimulante
TIPO DE DEPENDENCIA	Física y psicológica
TIEMPO DE INICIO DE SINTOMATOLOGÍA	La nicotina cuando es fumada e inhalada es absorbida rápidamente a los pulmones en partículas suspendidas de alquitrán. La nicotina llega hasta el cerebro en 8 s por medio de la sangre.
MANIFESTACIONES CLÍNICAS	<p>La nicotina tiene un número de efectos fisiológicos, atribuido principalmente a su capacidad para activar los receptores ganglionares en el Sistema Nervioso Autónomo, incluyendo la médula adrenal. Sin embargo, esta activación es transitoria y seguida por la persistente depresión de todos los ganglios autonómicos, dependiendo de la dosis y la historia de la ingesta de la nicotina en los seres humanos: fumar tabaco aumenta la frecuencia cardíaca y la presión arterial; la nicotina también produce dilatación bronquial y la estimulación de las glándulas salivales; además, provoca un estímulo inicial de la motilidad en el tracto gastrointestinal, seguido por inhibición.</p> <p>La nicotina, en un individuo que la consume por primera vez, causa vómito debido a la activación de los quimiorreceptores desencadenadores eméticos, en una activación vagal, por reflejo en los nervios de la médula espinal.</p> <p>También tiene efectos ansiolíticos, pues activa</p>



	transitoriamente el SNA.
COMPLICACIONES	El humo de la nicotina eleva la carboxihemoglobina, debido al monóxido de carbono del humo, también proporciona cantidades significativas de agentes carcinógenos que se han vinculado con los efectos tóxicos del hábito de fumar. Por ello, se asocia a tres grandes tipos de enfermedades: los cánceres (boca, lengua, laringe, esófago, estómago, pulmones, vejiga), cardiovasculares (hipertensión, infarto agudo al miocardio, angina en sus diferentes tipos), respiratorias por el daño del humo a los diferentes órganos (enfisema pulmonar, EPOC).
TOLERANCIA	Sí el fumador regula el consumo de manera que siempre mantiene el mismo nivel habitual de droga, estos niveles, si varían, lo hacen de forma lenta.
INTOXICACIÓN	Malestar corporal, sensación de obnubilación y vómito.
SÍNDROME DE ABSTINENCIA	Producido por la dependencia de la nicotina. Síntomas: ansiedad, irritabilidad, cefaleas, apatía, insomnio, dificultad de concentración, trastornos gastrointestinales.

Tabla 27. Tabaco (Tapia, *et. al.*, 2016).



BARBITÚRICOS

Vía de administración	Con carácter terapéutico: oral, inyectable o rectal. No terapéutico: oral, inyectable, inhalada.
Acción farmacológica	Depresor del SNC.
Aconsejado terapéuticamente	Casi con exclusividad limitado a las epilepsias, aunque por la fuerte dependencia que genera, se recomienda el uso de otros fármacos de eficacia parecida.
Tolerancia	Existe tolerancia cruzada entre estos y el alcohol. Aparece con rapidez.
Efectos a largo plazo	Cambios de comportamiento, labilidad efectiva, dermatopatías, ansiedad.
Intoxicación	Aguda: Se presenta muchas veces como un intento de suicidio. Los síntomas son parecidos a los de una depresión del SNC, y del Sistema Cardiovascular. Puede llegar incluso a producir la muerte. Leve: Hipotonía muscular, hipotensión arterial, bradicardia, miosis, depresión respiratoria o pupilas indicativas, hipotermia, <i>shock</i> , disminución del nivel de conciencia (varía desde un estupor a un coma).
Nombre de uso popular	Caramelo, <i>barbs</i> , <i>goofballs</i> , <i>peanuts</i> .

Tabla 28. Barbitúricos (Tapia, *et. al.*, 2016).



INHALANTES

Vía de administración.	Inhalada, aspirada
Acción farmacológica	Son depresores del SNC.
Aconsejado terapéuticamente	No poseen indicación alguna.
Tolerancia	Muy alta, aparece con rapidez.
Efectos a largo plazo	Son más o menos graves en función de la sustancia inhalada. Afecta gravemente al SNC y ello provoca reacciones convulsivas, neuropatías periféricas, lesiones cerebrales y trastornos psicológicos de tipo psicótico. Manifestaciones neoplásicas en lengua, bronquios, laringe, faringe vejiga y labios.
Intoxicación	Se distinguen por su similitud con los cuadros etílicos o alcohólicos. Fuerte halitosis y olor característico.
Síndrome de abstinencia	Los consumidores habituales pueden presentar efectos inespecíficos, vómito, rampas, contracciones musculares, comportamientos extravagantes. Pueden presentar síntomas parecidos a los de la embriaguez alcohólica..

Tabla 29. Inhalantes (Tapia, *et. al.*, 2016).



OPIÁCEOS

Vía de administración	Terapéutica: oral, rectal e inyectada. No terapéutica: oral, inyectada intravenosa, inhalada esnifada, inhalada–fumada.
Acción farmacológica	Todas sus variantes son depresoras del SNC. Se dividen en: agonistas puros (cocaína, heroína, metadona), agonistas parciales (buprenorfina, agonista/antagonista (butorfanol, pentazocina), antagonistas puros (naltrexona, naloxona).
Aconsejado terapéuticamente	Alivio de la tos. Dolor agudo o crónico, diarrea aguda con cólico.
Tolerancia	Presencia rápida. Depende de la pureza y la cantidad en las dosis.
Efectos a largo plazo	Adelgazamiento, impotencia sexual, esterilidad (amenorrea), anorexia, hepatitis, estado de confusión.
Intoxicación	Se presenta un estado comatoso, confusión, edema pulmonar, miosis puntiforme, convulsiones depresión respiratoria.
Síndrome de abstinencia	Variable según la dosis, la forma de administración y la utilización conjunta con otras drogas.
Nombres de uso popular	Caballo, jaco.

Tabla 30. Opiáceos (Tapia, *et. al.*, 2016).



ANFETAMINAS

Vía de administración	Preferentemente por vía oral. En algunos casos y de forma no terapéutica, se inyecta por lo que los efectos son mucho mayores.
Acción farmacológica	Estimulan el SNC. Es aconsejable la sustitución de este fármaco por otros de efectos similares y que, en cambio, generan menos trastornos psicofísicos y de dependencia.
Aconsejado terapéuticamente	Para casos muy limitados de hiperactividad infantil, obesidad exógena y narcolepsia.
Tolerancia	Aparece si se mantiene una ingesta continuada de seis semanas a tres meses.
Efectos a largo plazo	Adelgazamiento, irritabilidad, cambios de carácter, estallidos violentos, conductas agresivas, trastornos delirantes.
Intoxicación	Presentan midriasis, irritabilidad, hipertensión, sudoración. En casos graves puede producirse la pérdida de la conciencia y muerte.
Síndrome de abstinencia	Depresión, somnolencia y trastornos del sueño, apatía, dolores musculares e intranquilidad. Se puede presentar crisis de carácter afectivo con riesgo de suicidio.
Nombres de uso popular	Anfetas, <i>speed</i> , éxtasis, <i>bennis</i> .

Tabla 31. Anfetaminas (Tapia, *et. al.*, 2016).



COCAÍNA

Vía de administración	Inhalada–esnifada. Inhalada–fumada. Inyectada–intravenosa.
Acción farmacológica	Sustancia estimulante del SNC. Su uso sólo es aconsejado como antiséptico superficial (vasoconstrictor).
Aconsejado terapéuticamente	Como anestésico local en oftalmología, otorrinolaringología.
Tolerancia	Es un tema todavía controvertido y en discusión.
Efectos a largo plazo	Si se administra inhalada–esnifada, es frecuente en grandes consumidores (por sus efectos vasoconstrictores), atrofia o perforación del tabique nasal. Alteraciones endocrinas. Déficit respiratorio y patología infecciosa con lesiones equimóticas y necrosis en su uso inyectado. Trastornos mentales.
Intoxicación	Produce irritaciones cutáneas que son vividas de forma alucinatoria, como si existieran gusanos bajo la piel. En ocasiones se presentan cuadros delirantes. Síntomas de hiperestimulación simpática: sudoración, taquicardia, arritmias, convulsiones, palpitaciones, hipertermia y midriasis.
Síndrome de abstinencia	Aunque ha estado en debate durante mucho tiempo, parece que en la actualidad se confirma, tanto a nivel psíquico (depresión, irritabilidad, trastornos del sueño, inquietud), como a nivel físico (taquicardia, trastornos de la coordinación, vértigos).
Nombres de uso	Coca, nieve, pasta, perica y <i>crack</i> .



popular

Tabla 32. Cocaína (Tapia, *et. al.*, 2016).

ALUCINÓGENOS

Vía de administración.	Oral
Acción farmacológica	Poseen efectos psicodélicos (cambios en la percepción, sensibilidad). Efectos psicoticomiméticos (cambios en la organización del pensamiento).
Aconsejado terapéuticamente	Efectos psicodislépticos (amplificación de la realidad, cambios en el estado psíquico general y modificaciones del umbral emocional).
Tolerancia	Se presenta rápidamente. LSD, psilocibina y mezcalina presentan, entre ellas, tolerancia cruzada.
Efectos a largo plazo	Pueden producir trastornos mentales graves. En algunas situaciones puede hacer crónicas o radicalizar otras manifestaciones de carácter mental, incluso psicosis.
Intoxicación	Aunque por sí mismas no se las puede considerar mortales, producen efectos alucinógenos y alteraciones mentales que pueden acarrear accidentes o conllevar a suicidios. Presenta: midriasis, agresividad, alteraciones visuales y psicomotrices, pánico, ansiedad, depresión. En ocasiones, después de suprimida la dosis.
Síndrome de abstinencia	Aunque no presenta trastornos específicos, pueden aparecer algunos efectos psicógenos.
Nombres de uso popular	Ácidos, tripis, bichos, estrellas, micropunto.

Tabla 33. Alucinógenos (Tapia, *et. al.*, 2016).



CANNABIS

Clasificación	Ilegal. Natural
Efectos SNC	Produce sensaciones psicodélicas y psicodislépticas. Es un depresor del SNC. Estimulante al inicio y depresora al aumentar la cantidad y el tiempo de exposición.
Tipo de dependencia	Psicológica y física discutida.
Tiempo de inicio de sintomatología	En minutos, cuando el THC llega al cerebro, a los receptores específicos.
Manifestaciones clínicas	Euforia caracterizada por sentimientos iniciales de "felicidad" facilidad de palabra repentina, estado de sueño, o activación general e hiperactividad. Aumento de la sensibilidad al sonido y una mayor apreciación del ritmo y el tiempo. La percepción del tiempo a menudo es más lento. La percepción del espacio puede ampliarse y los objetos cercanos pueden aparecer distantes. Hay algunos efectos de alucinaciones visuales.
Complicaciones	Los efectos patológicos de intoxicación por uso de dosis altas y de forma crónica, incluyen los peligros de usar un automóvil o volar un avión mientras se está intoxicado, riesgos de salud para problemas cardíacos en aquellos con predisposición, reacciones de ansiedad y pánico, la exacerbación de los síntomas de la esquizofrenia en los individuos que son vulnerables a desarrollarla y la precipitación de síndromes parecidos a la esquizofrenia. Hay una hipótesis que dice que el humo de la marihuana tiene la misma toxicidad potencial que el humo de los cigarrillos con respecto a la función del



	pulmón.
Intoxicación	En altas dosis puede presentar deshidratación, conjuntivas enrojecidas, taquicardia, ansiedad, depresión pasiva, hipotensión.
Síndrome de abstinencia	Síntomas de ansiedad, irritabilidad, sueño, que pueden durar desde pocas horas a cuatro o cinco días después de la supresión
Nombres de uso popular	Chocolate, porro, canuto, mierda, petardo, hachís, grifa, marihuana, costo, goma, kij, tate.

Tabla 34. Cannabis (Tapia, *et. al.*, 2016).

4.9.7 DIAGNÓSTICO

Detección temprana:

Es una estrategia terapéutica, que combina la identificación de los riesgos o daños ocasionados por el consumo de sustancias psicoactivas, y el tratamiento oportuno de los mismos.

- Debe realizarse particularmente con aquellos individuos que aún no presentan síndrome de dependencia, ni severidad en los trastornos asociados al consumo.
- Puede llevarse a cabo de dos maneras:
 - En los ámbitos familiar, laboral, escolar y comunitario, mediante la observación o un sondeo general, así como en el ejercicio de las funciones de procuración de justicia, a fin de identificar oportunamente el consumo de sustancias psicoactivas.
 - En los establecimientos, a través de cuestionarios y preguntas sobre el uso de sustancias psicoactivas; en la historia clínica, o mediante el examen físico y el uso de pruebas auxiliares de diagnóstico y tratamiento.



TEST DIAGNÓSTICO

El AUDIT, el AUDIT – C y las preguntas individuales son pruebas de detección efectivas que los profesionales de salud pueden utilizar para identificar a las personas adultas con abuso de alcohol en el primer nivel de atención. El AUDIT debe aplicarse en contextos de atención primaria de las adicciones, siempre que se sospeche consumo de sustancias psicoactivas o factores de consumo entre adultos, con la finalidad de atender de manera oportuna y derivar a tratamiento especializado en caso necesario (Secretaría de Salud, 2015).

Aplicar ASSIST para la detección, uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas en adultos que asisten a centros de atención primaria (Secretaría de Salud, 2015).

El uso de instrumentos de tamizaje como el AUDIT en las unidades de atención primaria a la salud es efectivo para identificar niveles de riesgo ante el consumo de alcohol en población adolescente, por lo que debe aplicarse a todos los usuarios de entre 10 a 17 años de edad que acudan a consulta en ese nivel de atención. El tamizaje o detección temprana de riesgo de consumo de alcohol debe aplicarse en población estudiantil de 10 a 17 años, aunado al requisito de presentación de examen médico expedido por una institución oficial, al inicio de cada ciclo escolar, garantizando el principio de confidencialidad de la información (Secretaría de Salud, 2015).



Utilizar el POSIT en adolescentes, estudiantes de secundaria y de enseñanza media, para evaluar el riesgo de uso / abuso de sustancias y poder realizar intervenciones oportunas (Secretaría de Salud, 2015).

Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes		
Fecha: _____	Nombre: _____	
Edad: _____	Sexo: _____	Escolaridad: _____
Terapeuta: _____		
El propósito de estas preguntas es ayudarnos a conocer la forma en que mejor podemos ayudarte. Por esto, trata de contestar las preguntas con franqueza. Este no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor trabaja con cuidado. Todas las preguntas son confidenciales. Contesta todas las preguntas. Si alguna de ellas no se aplica directamente a ti, escoge la respuesta que más se acerque a la verdad en tu caso.		
Pregunta	Sí	No
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?	1	0
2. ¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no sirven bebidas alcohólicas?	1	0
3. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto del alcohol?	1	0
4. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólicas?	1	0
5. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?	1	0
6. ¿Llevan tus amigos drogas a las fiestas?	1	0
7. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?	1	0
8. ¿Te vas a veces de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?	1	0
9. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	1	0
10. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?	1	0
11. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?	1	0
12. El mes pasado ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?	1	0
13. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o viceversa?	1	0
14. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?	1	0
15. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?	1	0
16. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?	1	0
17. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?	1	0
18. ¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?	1	0
19. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	1	0
Total:		

Figura 60. Evaluación POSIT, tomado de Guía de Práctica Clínica: Prevención, detección v consejería en Adicciones para Adolescentes v Adultos en el primer nivel



4.9.8 PREVENCIÓN

Para realizar las acciones de prevención, es necesario tomar en cuenta: la percepción de riesgo de consumo de sustancias en general, la sustancia psicoactiva de uso; las características de los individuos; los patrones de consumo; los problemas asociados; así como los aspectos culturales y las tradiciones de los distintos grupos sociales.

Las acciones de prevención deben llevarse a cabo en los establecimientos, de acuerdo a las siguientes especificaciones (NOM-028-SSA2-1999, 1999):

- En materia de promoción de la salud se deberá:
 - Fortalecer la responsabilidad social, la autogestión y el autocuidado de la salud, fomentando la conformación de estilos de vida y entornos saludables que permitan desarrollar al máximo el potencial de cada persona, propiciando condiciones que eleven la calidad de vida de las familias y de las comunidades.
 - Asumir los objetivos de la educación para la salud y la promoción de la participación social, orientadas a formar conciencia y responsabilidad, así como a promover la salud integral entre la población.
 - Llevarla a cabo, con énfasis en los ámbitos escolar, familiar y laboral, especialmente, en los grupos de alto riesgo.
- En materia de educación para la salud se deberá:
 - Informar sobre el consumo de sustancias psicoactivas y las adicciones como problema de salud pública, su impacto y su consecuencia.
 - Informar sobre factores protectores y evitar los factores de riesgo en torno a las adicciones.



- Promover la participación activa de los diversos grupos sociales en la planeación, ejecución y evaluación de actividades preventivas en lo referente a las adicciones.
- Orientar sobre medidas preventivas y conductas responsables, para evitar y, en su caso, reducir el consumo de sustancias psicoactivas.
- Desarrollar programas educativos encaminados a influir positivamente en la formación integral del individuo, y a promover estilos de vida saludables y entornos saludables.
- Informar y orientar sobre adicciones, particularmente en grupos de alto riesgo.
- Orientar, educar y alentar a solicitar de manera oportuna la atención para personas que consumen sustancias psicoactivas.
- Promover el desarrollo de factores protectores a nivel personal, escolar, familiar, laboral y colectivo para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas.
- En materia de participación social y comunitaria se deberá:
 - Establecer comunicación entre los sectores, grupos, autoridades y líderes de la comunidad, de tal manera que permita y favorezca la realización de acciones coordinadas y permanentes.
 - Impulsar la integración o consolidación de grupos entre la comunidad, para prevenir el uso indebido de sustancias psicoactivas.
 - Promover que grupos representativos de la comunidad se capaciten y participen voluntariamente en actividades preventivas y de promoción de la salud, especialmente juveniles.
 - Promover la participación activa de la comunidad para que, coadyuve en la vigilancia y cumplimiento de la misma.
 - Gestionar apoyos diversos, de organizaciones públicas y privadas, para la ejecución de diferentes acciones encaminadas a favorecer el



desarrollo integral de menores de edad y jóvenes, así como a desalentar el uso de sustancias psicoactivas.

- En materia de comunicación educativa se deberá:
 - Promover que las actividades de comunicación masiva, grupal e interpersonal, sobre prevención de las adicciones, formen parte de un programa integral de educación para la salud y de promoción a la misma.
 - Ofrecer una visión integral y objetiva del problema, así como informar sobre las alternativas para su atención preventiva, terapéutica y rehabilitatoria.
 - Diseñar, elaborar, difundir y evaluar campañas que promuevan la sensibilización de la comunidad y su participación en acciones preventivas del uso indebido de sustancias psicoactivas, evitando el uso de mensajes falsos y los que distorsionan la información objetiva.
 - Divulgar información sobre las conductas de riesgo, producto del uso, abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, y respecto a los factores protectores para prevenirlas.
 - Vincular las acciones de difusión con programas preventivos y de atención, generando mecanismos que permitan, tanto la resolución de dudas, como el apoyo interpersonal.
 - Vigilar que los medios utilizados en la difusión de los mensajes sean los más adecuados, en cuanto a horario, frecuencia y tipo, para la población definida como objetivo (NOM-028-SSA2-1999, 1999).



4.9.9 FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN CONTRA LAS ADICCIONES

Los *factores de riesgo* pueden aumentar las posibilidades de que una persona abuse de las drogas mientras que los *factores de protección* pueden disminuir este riesgo. Es importante notar, sin embargo, que la mayoría de las personas que tienen un riesgo para el abuso de las drogas no comienzan a usarlas ni se hacen adictos. Además, lo que constituye un factor de riesgo para una persona, puede no serlo para otra (National Institute on Drug Abuse, 2004).

El cuadro a continuación describe cómo los factores de riesgo y de protección afectan a las personas en cinco dominios, o ambientes, donde se pueden realizar las intervenciones (National Institute on Drug Abuse, 2004).

Factores de Riesgo	Dominio	Factores de Protección
Conducta agresiva precoz	Individual	Auto-control
Falta de supervisión de los padres	Familia	Monitoreo de los padres
Abuso de sustancias	Compañeros	Aptitud académica
Disponibilidad de drogas	Escuela	Políticas anti-drogas
Pobreza	Comunidad	Fuerte apego al barrio

Tabla 35. Riesgos a alcoholismo (National Institute on Drug Abuse, 2004).

Los factores de riesgo pueden influenciar el abuso de drogas de varias maneras. Mientras más son los riesgos a los que está expuesto un niño, mayor es la probabilidad de que el niño abuse de las drogas. Algunos de los factores de riesgo pueden ser más poderosos que otros durante ciertas etapas del desarrollo, como la presión de los compañeros durante los años de la adolescencia; al igual que



algunos factores de protección, como un fuerte vínculo entre padres e hijos, pueden tener un impacto mayor en reducir los riesgos durante los primeros años de la niñez. Una meta importante de la prevención es cambiar el balance entre los factores de riesgo y los de protección de manera que los factores de protección excedan a los de riesgo (National Institute on Drug Abuse, 2004).

4.9.10 ATENCIÓN Y TRATAMIENTO

Aplicar consejo breve en escenarios de urgencias es una excelente oportunidad para disminuir las consecuencias derivadas del consumo de alcohol y agresión en adolescentes que se encuentran en riesgo de futuras lesiones. El personal de urgencias debe ofrecer consejería breve a los adolescentes que ingresan al servicio y son detectados con consumo de alcohol o conductas agresivas.

Los resultados sugieren eficacia en los efectos de intervención cuando profesionales de la salud refieren a pacientes con dependencia, a recibir tratamiento (Secretaría de Salud, 2015).



4.9.11 FLUJOGRAMA PARA EL PROFESIONAL DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

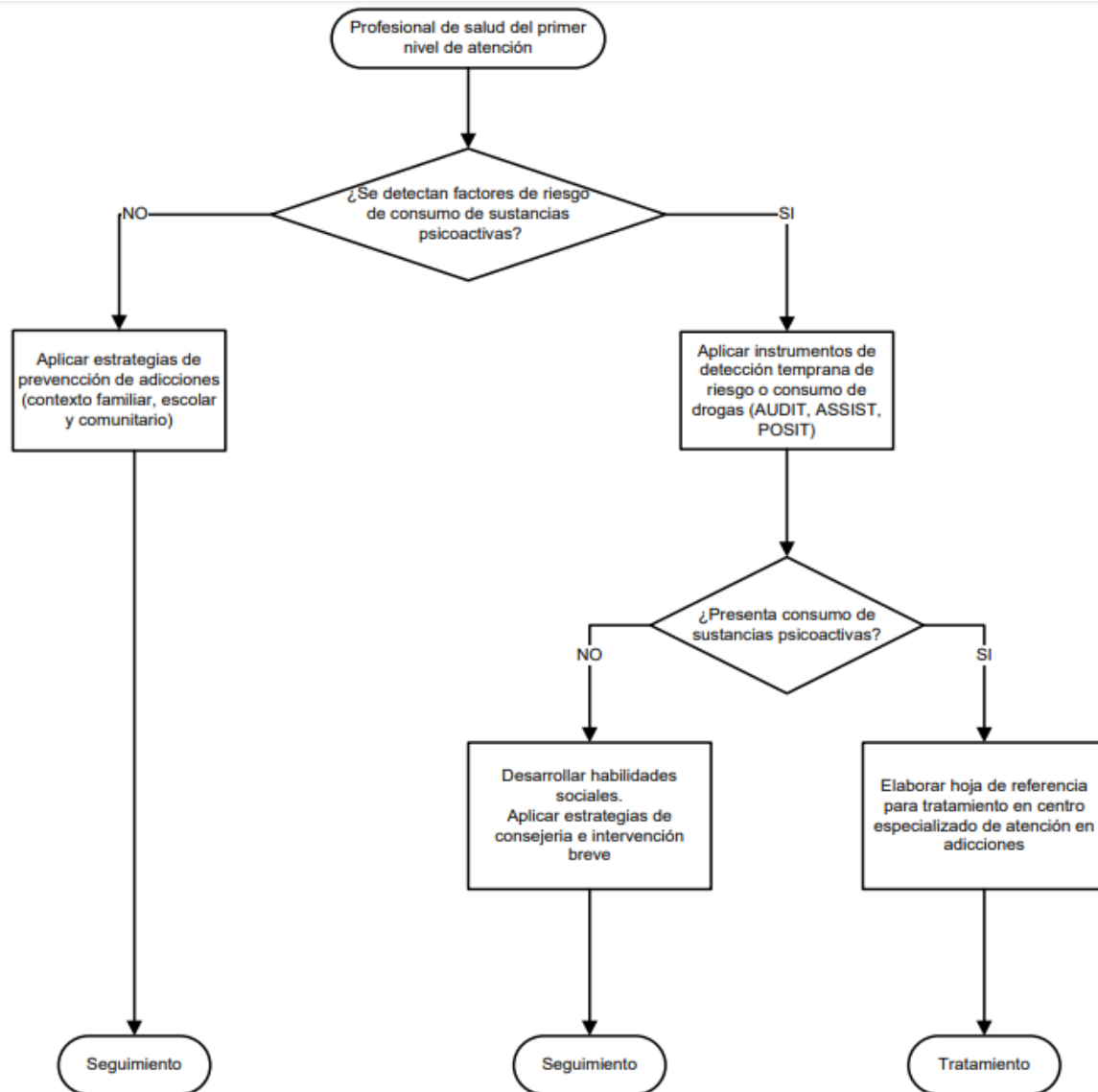


Figura 61. Flujograma tomado de la Guía de Práctica Clínica: Prevención, detección y consejería en Adicciones para Adolescentes y Adultos en el primer nivel de atención, 2015.



CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio de tipo cualitativo, el cual, permitió comprender las experiencias y perspectivas de vida de las personas. Cabe destacar, que el análisis cualitativo responde a preguntas sobre cómo las personas entienden el mundo, también aborda muchas dimensiones objetivas de la acción e interacción humana y relaciona estos resultados con los contextos en los que se producen (Ulin, 2006). Favorece el planteamiento de las experiencias de los demás, se aproxima a un sujeto real, presente en el mundo y en cierta medida, ofrece información sobre sus propias experiencias, opiniones, valores, comportamientos, emociones, sentimientos etc (Rodríguez, 2005).

2. MÉTODO

Método fenomenológico se fundamenta en las siguientes premisas:

- Se pretende describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente.
- Se basa en el análisis de discursos y temas específicos, así como en la búsqueda de sus posibles significados.
- El investigador confía en la intuición y en la imaginación para lograr aprehender la experiencia de los participantes.
- El investigador contextualiza las experiencias en términos de su temporalidad (tiempo en que sucedieron), espacio (lugar en el cual



ocurrieron), corporalidad (las personas físicas que la vivieron), y el contexto relacional (los lazos que se generaron durante las experiencias).

- Las entrevistas, grupos de enfoque, recolección de documentos y materiales e historias de vida se dirigen a encontrar temas sobre experiencias cotidianas y excepcionales.

3. INFORMANTES

Se invitó a los estudiantes en quienes previamente fueron identificados factores de riesgo (sociales, familiares, psicológicos, etc.) por medio de un consentimiento informado a participar en un taller psicoeducativo, denominado: “Programa para la prevención de las adicciones y el bullying en adolescentes” el cual tuvo una duración de 7 días en el mes de marzo del año 2019 con duración de 180 minutos cada sesión.

3.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Ser alumnos:

- De la Escuela Secundaria Federalizada Telpuchcalli turno vespertino.
- Con baja percepción de riesgo para el uso y abuso de drogas legales e ilegales.
- Con historial de indisciplina, que reflejen actitudes de rebeldía y agresividad.
- Con bajo rendimiento escolar.
- Miembros de familias disfuncionales.



- Con factores de riesgo para el consumo de sustancias, o ya usuarios.
- Que firmen el consentimiento informado y quieran participar en el taller.

4. PROCEDIMIENTO

Por medio de una carta de consentimiento informado, se extendió a los estudiantes la invitación a participar en un taller psicoeducativo el cual tuvo una duración de 6 días en el mes de marzo del año 2019 con duración de 180 minutos cada sesión, se dividió en 4 grupos de 5 integrantes cada uno para valoración, entrevista, observación y abstracción de información a lo largo de las intervenciones realizadas, se solicitó a los participantes que eligieran un pseudónimo, bajo el cual la identidad de sus respuestas y comentarios aportados a lo largo de la impartición del taller fue protegida, se realizó con el grupo un acuerdo de confidencialidad, con el fin de que evitaran realizar comentarios sobre lo que se trabajó con personas o alumnos que no pertenecían al programa y se les invitó a participar con preguntas y comentarios en un buzón de “anonimato”, con el propósito de evitar que ellos se sintieran intimidados y la información que proporcionaron estuviera alterada o incompleta, pues al tratarse de un estudio cualitativo, la recopilación de información se procuró fuera lo más natural posible, ya que para la exploración de la influencia que las dinámicas aplicadas en los adolescentes y las herramientas de inmersión empleadas generaron en los adolescentes, se requirió de la existencia de un amplio canal de comunicación basado en un entorno de confianza en la relación enfermera-adolescente que se construyó a lo largo de la interacción, la cual fue muy positiva.

Los temas que se abordaron en cada sesión fueron seleccionados jerárquicamente por medio de la construcción de un conocimiento deductivo, partiendo de la generalidad de las emociones: características, funciones, identificación, cualidades, desventajas; a temas concretos como la influencia que



las emociones maximizadas tienen en nuestra toma de decisiones, el mal manejo de ellas y pautas para el desarrollo de la inteligencia emocional y resiliencia. Mediante las herramientas de inmersión empleadas, se ejemplificaron diversos factores de riesgo de tipo individual, familiar y social en un “sujeto tipo” que pueden favorecer en una persona el desarrollo de adicciones, bullying y conductas de riesgo, posterior a la identificación de estos aspectos en el “sujeto tipo” representado en el video, de forma introspectiva se invitó a los estudiantes a identificar cuáles de estos factores están presentes en su vida, esto con el propósito de desarrollar en ellos competencias de inteligencia emocional concientizándolos sobre su entorno, autoconocimiento y percepción; y brindarles así las herramientas para desarrollar un pensamiento crítico. Después de que los estudiantes identificaron sus factores de riesgo, abordamos con ellos temas de resiliencia, que, de la mano con la inteligencia emocional les ayudaría a hacer de sus factores de riesgo identificados, factores protectores y formar en ellos mejores respuestas de afrontamiento a los problemas.

Se realizaron dinámicas cuyo propósito fue evidenciar la vulnerabilidad que tiene el adolescente y concientizarlo sobre algunas conductas que realizan sin mediar las consecuencias de sus actos, esto con el propósito concientizarlos respecto a los factores que los condicionan a realizar dichos actos, como es el condicionamiento operante que se presenta en algunas relaciones de tipo social, la baja percepción de riesgo, sentimientos de invulnerabilidad, emociones maximizadas, la influencia de su entorno socio-familiar, creencias y/o idealizaciones. etc.

4.1 ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la obtención y análisis de la información se realizaron entrevistas semiestructuradas, las cuales fueron conservadas en grabaciones de audio



durante las sesiones impartidas, procurando una dinámica de diálogo e intercambio de ideas, opiniones y experiencias propias referentes a los temas expuestos, de modo que la dinámica e interacción entre el entrevistador y el entrevistado fluyera de modo más natural y espontáneo.

Se utilizó también un “buzón de anonimato” en el cual los participantes pudieron externar de forma libre ideas, quejas, sugerencias o temas o inquietudes que quisieran abordar.

Otra de las fuentes de información obtenidas, las cuales son subjetivas, pero no menos importantes fue la observación de las gesticulaciones y lenguaje corporal emitido por los participantes durante las dinámicas y entrevistas.

4.2 ANÁLISIS DE DATOS

Se trabajó con los principios de análisis de material cualitativo de Souza Minayo, mediante la técnica de análisis de contenido; que pretende describir objetivamente el contenido de los mensajes e interpretarlos, a través de los siguientes pasos:

1. Los datos se organizaron y las grabaciones de audio se transcribieron.
2. Al revisar el material, las unidades de análisis emergieron de los datos (la unidad de análisis es un segmento de contenido textual que se analiza para generar categorías).
3. Se analizó cada unidad y se extrajo su significado. De las unidades surgieron las categorías, por el método de comparación constante (similitudes y diferencias entre las unidades de significado). Así se efectuó la codificación abierta (las categorías fueron conceptualizaciones analíticas desarrolladas por las investigadoras para organizar los resultados o descubrimientos relacionados con el fenómeno).
4. A las categorías que emergieron se les asignó códigos que las identificaron.



5. La codificación es un segundo plano, consistió en:
 - a) agrupar las categorías en temas, identificando así las categorías centrales del fenómeno.
 - b) conectar dichas categorías fundamentales, esto se llevó a cabo también mediante la comparación constante.
6. Las categorías y temas fueron relacionados para obtener clasificaciones, teoría y una narrativa en general (codificación selectiva).

5. RECURSOS Y APOYO LOGÍSTICO

5.1 ESCENARIO:

Escuela Secundaria Federalizada Telpuchcalli ubicada en Calle Chimalhuacan no. 414. Colonia Benito Juárez. Municipio: Nezahualcóyotl.

Clave: 15DES0031L.

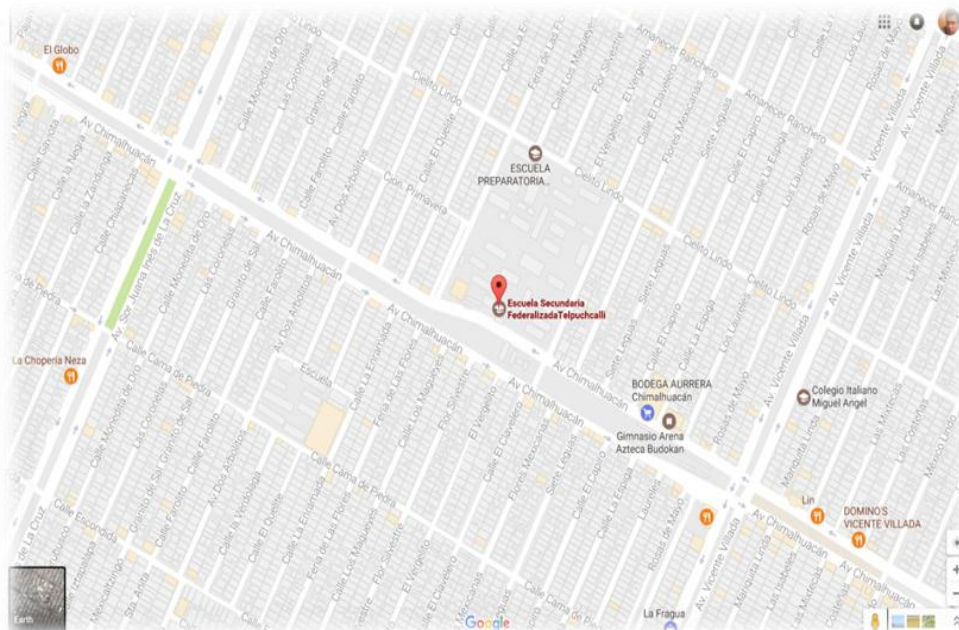


Figura 62. Croquis de la Escuela Secundaria Federalizada Telpuchcalli, (tomada de google maps)



5.2 RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

Materiales	Humanos
<p>Computadora, proyector, equipo de audio, frascos, arena, agua, hojas, espejos, cajas, paletas, cuentas, pelotas, conos, bancas, plumas, lápices, fruta, vasos, miguelito, chamoy, marcos, cartulinas, lazos, tela, paliacates, marcadores permanentes, pizarrón, dulces, diamantina.</p>	<p>3 tesistas y pasantes de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala promoción 2018-2019</p> <ul style="list-style-type: none">• Gorostieta Tapia Edna Patricia• Hernández Cruz Alma Beatriz• Ibarra Hernández Karina <p>20 Alumnos pertenecientes a la Escuela Secundaria Federalizada Telpuchcalli</p>
<p>Herramientas de inmersión (videos y actividades) preparadas por el equipo de trabajo del Programa de Servicio Social Atención al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas asociadas a la violencia escolar.</p>	<p>Equipo de trabajo del Programa de Servicio Social “Atención al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas y su asociación con la violencia escolar.</p>
<p>Seis planes de clase, para implementar el “Programa para la prevención de las adicciones y el bullying en adolescentes” el cual consto de 6 sesiones que abordaron los temas: Emociones, factores de riesgo, bullying, adicciones, factores protectores,</p>	<p>Asesoramiento y dirección de la responsable del programa y del PAPIME 301118, la Dra. Diana Cecilia Tapia Pancardo.</p>



resiliencia e inteligencia emocional.

Tabla 36. Recursos materiales y humanos utilizados en la presente investigación.

CAPÍTULO III. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

En cumplimiento con los principios bioéticos, poniendo en práctica los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, Se dio a conocer a los estudiantes por medio de un consentimiento informado, la información referente a las dinámicas que serían llevadas a cabo en caso de aceptar participar en el programa, haciendo de su conocimiento que la información recaudada sería únicamente empleada para fines del estudio, extendiendo a ellos la confianza, respetando su autonomía y confidencialidad por medio del secreto profesional. (Consentimiento Informado anexo)

- Privacidad: Se tuvo en cuenta desde el inicio de la investigación el anonimato de las entrevistas.
- Confidencialidad: Los secretos expuestos por los informantes no podrán ser revelados y las grabaciones son confidenciales, utilizadas sólo para fines de investigación.

Se tuvo en cuenta los principios éticos que aseguran la validación del trabajo de investigación:

La elaboración de este trabajo se sustentó en los principios éticos básicos propuestos por el código de Nurenberg, Belmont y las distintas modificaciones de la declaración de Helsinki. Además, respeta los requisitos establecidos en materia de investigación en la Ley General de Salud en los artículos 13, 14, 16, 17 de su



primer capítulo, los cuales hacen referencia a respetar la libre decisión de las personas para participar en cualquier estudio de investigación. Buscar siempre la máxima beneficencia, lo que implica no sólo respetar sus decisiones sino además protegerlos de posibles daños derivados de la investigación, así como comunicar a toda la población de participar y gozar de los beneficios que ofrece la investigación.

2. RIGOR METODOLÓGICO

La investigación cualitativa, se basa en criterios que tienen como finalidad asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, considerándose los siguientes criterios:

- Dependencia implica que los datos deben ser revisados por distintos investigadores y estos deben arribar a interpretaciones congruentes.
- Credibilidad se refiere a si el investigador ha captado el significado completo y profundo de las experiencias de los participantes, particularmente de aquellas vinculadas con el planteamiento del problema.
- Transferencia se refiere a que el usuario de la investigación determine el grado de similitud entre el contexto del estudio y otros contextos.
- Confirmación se refiere a demostrar que se han minimizado los sesgos y tendencias del investigador. Implica rastrear los datos en su fuente y la explicación de la lógica utilizada para interpretarlos



3. CARACTERÍSTICAS DE LOS INFORMANTES

#	PSEUDÓNIMO	SEXO	EDAD (años)	GRADO
1	Ingrata	Femenino	13	1ro
2	Batman	Masculino	14	2do
3	China	Femenino	13	2do
4	Tucanazo	Masculino	13	2do
5	Skinny	Masculino	14	2do
6	Rosita	Femenino	13	2do
7	Flor	Femenino	12	1ro
8	Fresita 2	Femenino	14	2do
9	Pintos	Masculino	13	2do
10	Wonder Woman	Femenino	13	2do
11	José 22 11	Masculino	12	1ro
12	Pollo	Masculino	13	2do
13	Real Madrid	Masculino	13	2do
14	Chofis	Femenino	12	1ro
15	Florecita	Femenino	14	1ro
16	Usagi Ticksino	Femenino	12	1ro
17	Jirafa	Masculino	14	2do
18	Fresita	Femenino	13	2do
19	Pumita	Masculino	14	1ro
20	Princesita	Femenino	12	2do

Tabla 37. Seudónimos de los informantes



CAPÍTULO IV. HALLAZGOS

El criterio básico de estudio respecto a la evaluación del impacto educativo que las “herramientas de inmersión” tienen en el estudiante fueron las respuestas emitidas por los sujetos, obtenidas estas mediante el diálogo e intercambio de opiniones, expresión y asociación de estas herramientas con experiencias similares, ideas y sensaciones que las herramientas les transmitieron.

Para la interpretación de dicha información, se enlistan las herramientas empleadas, el tipo de herramienta que conforman, objetivo de realización, una breve descripción sobre su ejecución. Las respuestas obtenidas de cada herramienta se clasificaron en distintos rubros, estos de acuerdo a lo que cada herramienta permitió abstraer.

Para fines prácticos, dividimos las herramientas empleadas en grupos, la información recabada permitió que emergieran las siguientes categorías lo que se ejemplifica con los siguientes discursos de los informantes.

NOMBRE DE LA HERRAMIENTA	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN
VIDEO: “TESTIMONIO DE SANDRA”	Sensibilizar a los estudiantes a través de la empatía sobre las consecuencias que las adicciones implican en nuestro estilo de vida.	Video elaborado por Alumnas de la FESI, cuya trama se centra en entrevistar a una persona que es adicta, relata cómo inició su consumo y las consecuencias que el ser consumidora le ha traído a su vida.
HALLAZGOS		



CATEGORÍA 1: Identificación de factores de riesgo para el consumo de sustancias en el adolescente

[]...En el video Sandra cuenta como su esposo era vendedor de drogas y su madrastra consumidora.

PINTO

[]...Sandra veía a su padre consumir sustancias desde pequeña.

Las amistades cuando las eliges mal, te pueden llevar al mundo de drogas, y yo tengo amigos que se drogan y toman mucho.

INGRATA

[]...Los amigos y la familia pueden ser la causa para que uno consuma alguna droga

JIRAFÁ

[]...Llore al ver el video porque me recordó a mi papá, no porque mi papá consuma alguna sustancia, pero lloré porque no me pone atención, y me sentí identificada porque no hay esa cercanía con mi papá

FRESITA 2

[]...Mi papá, ya desde hace mucho tiempo fuma, realmente mi mamá y yo le decimos que deje de fumar, pero creo yo de lo que he visto, que el máximo tiempo que ha dejado de fumar han sido dos años, y creo que eso ha sido demasiado para él.

USAGI TUCKSINO

1.1 Iniciación del adolescente en el consumo de drogas motivado por la familia

[]...Mi primera vez fue con mis papás para saber a lo que sabe, probé la cerveza y me gustó. Desde ahí la tomo. Porque mis papás toman, yo decidí tomar y yo lo acepté.

WONDER WOMAN

[]...A mí me ha dicho mi papá que, si quiero tomar pero que tome con precaución, que no me aloque, pero le digo que no me llama la atención y ya.

BATMAN

[]...Un día tomé mucho porque estaba con mis primos, ya no volvería a tomar

ROSITA



[]...Mi primera borrachera fue a la edad de 3 años en la casa, crecí y a los 12 años fue cuando empecé a tomar demasiado, ya que me gustaba o por el simple hecho de convivir con mi familia, pero con el paso del tiempo fui tomando cada vez más, aunque no me considero una alcohólica

CHINA

[]...Mi primer contacto con el cigarro fue porque mi abuelita fumaba mucho y entonces un día me dijo que lo probara y lo probé, pero, no fumo demasiado, solo 2 cigarros.

REAL MADRID

[]...Mi papá toma una cerveza, es nada más una y a veces me da a probar, pero no me gusta.

USAGI TUCKSINO

1.2 Identifican consumo o dependencia a sustancias dentro de su entorno social:

[]...Hay muchos chavos en la secundaria que quieren llamar solo la atención por el simple hecho de decir que ya están grandes y que fumarán y que quieren llamar la atención, hay veces que dicen que no les gusta y al final de cuentas lo siguen haciendo, y como lo prueban y saben a qué sabe y que se siente lo siguen haciendo.

FRESITA

[]...Tengo amigos que consumen drogas, sin embargo, yo no he tomado ese camino, ellos ahora empiezan con otro tipo de drogas.

ITZEL

CATEGORÍA 2 Identificación de factores de protección en la familia para evitar el consumo de sustancias por el adolescente

[]...Mi familia está conmigo y me apoya, por eso no estoy en riesgo de consumir drogas, aunque tenga amigos que las consumen, mis papás son muy estrictos, si me encontraran consumiendo alguna sustancia, me correrían.

FRESITA 2

[]...Mi papá, ya desde hace mucho tiempo fuma, cuando fuma, mamá lo que hace es retirarse e irse a otra parte. Y yo a veces no sé qué hacer y mejor me quedo con mi papá. Pues a veces si soporto el olor, sin importar lo fuerte que sea para mí el olerlo y soportarlo, pero si, a veces me enojo con mi papá y le digo que



deje de fumar y si no me voy, y hago ya por ejemplo un berrinche y ya lo deja de hacer.

USAGI TUCKSINO

CATEGORÍA 3: Percepción de riesgo en el adolescente ante el consumo de sustancias

[]...Creo que, en lo personal, como se dijo en el video, el consumo de alguna droga totalmente cambiaría todo, desde tu persona de cómo eres a lo que te convertirías, porque en lo personal yo me desconocería. Podría recordar de cómo era antes y de lo que soy y me decepcionaría de mí misma por haber tomado un camino equivocado.

USAGI TUCKSINO

[]...El consumo de drogas destruiría totalmente mi vida y a mi familia.

POLLO

[]...Si yo consumiera alguna droga ya no me permitiría cumplir mis sueños, mis metas y mis objetivos y mi deseo de formar una familia.

PINTOS

[]...Me volvería más rebelde, no haría caso, rompería la comunicación que tengo con mi familia

JIRAFÁ

[]...Tenemos que aprender de las personas que hoy en día viven en las calles por ser drogadictos, una vez que ya le entras a la drogadicción, no puedes salir de ahí, debemos seguir estudiando, y si nos ofrecen drogas no hay que aceptar.

WONDER WOMAN

[]...Con el paso del tiempo fui tomando cada vez más, no me considero una alcohólica, pero ahora entiendo que puedo llegar a serlo con sus consecuencias.

CHINA

*[]...En el video se ve claramente como Sandra se perdió con las drogas, siento que, porque pierdes todo lo que tienes en tu vida, te vuelves indiferente a todo”
“Mis papás son muy estrictos, si me encontraran consumiendo alguna sustancia, me correrían.*

FRESITA 2

3.1 Baja percepción de riesgo hacia consumo de sustancias



[]...Si yo probará alguna droga no me afectaría porque las drogas no me llaman la atención.	INGRATA
[]...Hay cosas que deben pasarnos a fondo para conocer y entender.	CHINA
[]...Mis amigos consumen, pero no pueden influir en que yo empiece a consumir.	ITZEL

Tabla 38. Resultados de la primera herramienta de inmersión, dónde se desglosan las primeras tres categorías y sus subcategorías.

NOMBRE DE LA HERRAMIENTA	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN
VIDEO: "JAEL"	Demostrar por medio de un video la experiencia de un joven que, bajo el influjo de una emoción maximizada, se alcoholiza y pone en riesgo su seguridad.	Jael es un joven que discute con su madre, y posterior a aquella discusión, decide que desquitará su enojo en el alcohol.
HALLAZGOS		
Categoría 4 Inteligencia emocional ante eventos desafortunados:		
4.1 Identificación de emociones propias		
	[]...Al ver el video sentí tristeza y enojo, porque su amiga lo abandonó alcoholizado y enojado porque le dieron la droga.	SKINNY
	[]...Tristeza, yo he sentido lo que Jael reflejaba en el vídeo con su familia.	



PINTOS

[]...Sentí coraje y preocupación por la mamá de Jael ante las acciones de su hijo.

USAGI TUCKSINO

[]...Sentí enojo porque no fueron justos los amigos de Jael al dejarlo sólo, pero también no fue justo como Jael trató a su mamá. Yo Nunca dejaría a mis amigos, los apoyaría en lo que necesitaran.

FRESITA 2

[]...Sentí miedo de que le iba a pasar algo a Jael, como ser atropellado o que lo iban a asaltar.

REAL MADRID

[]...Sentí tristeza, es un video de reflexión, porque Jael falta al respeto a su madre y me doy cuenta de que yo muchas veces también se lo hago a mi mamá de forma muy parecida

FLORECITA

[]...Cuando mis papás pelean me gana la tristeza y he querido suicidarme.

POLLO

[]...Me sentí identificada con Jael, cuando se enoja, porque a veces uno toma decisiones que afectan la integridad de uno, el mal manejo emocional nos puede orillar a cosas malas como suicidio y drogas.

INGRATA

[]...Me identifiqué cuando el chavo desobedece a su mamá y salió sin permiso, Porque me enoja y me salgo sin pedir permiso y sin avisar en donde estoy, cuando me enoja, me quedo callada, pero cuando exploto, digo todo lo que me guardo.

[]...La tristeza es la emoción más difícil de controlar, antes me cortaba, no lo dejaba de hacer hasta que me trataron, ahora lloro o pego a la pared.

WONDER WOMAN

[]...Me sentí muy identificado, ya que llevo varias veces que salgo de mi hogar muy enojado por discusiones con mi mamá.



TUCANAZO

[]...Una vez me peleé con mi mamá y me corrió, me sentí muy triste, pues mi mamá está, mal porque eso no se le hace a una hija, bueno es lo que yo pienso.

ROSITA

[]...Me sentí en ocasiones identificada, porque me ha pasado varias veces algo muy similar, en ocasiones me he llegado a salir de mi casa cuando me enojo.

CHINA

[]...Me identifiqué cuando me enojo con mi papá y me encierro en mi cuarto, porque me quita mi celular.

CHOFIS

[]...Sentí tristeza porque a veces uno piensa que las personas son tus amigos, pero no es cierto porque te traicionan.

FLOR

4.2 Identificación de la importancia de la inteligencia emocional en la toma de decisiones

[]...Es muy importante saber controlarse cuando tienes alguna emoción, aprendí que toda acción conlleva a una reacción.

Identificas una emoción a través de la percepción del cuerpo, debes tener autocontrol y tranquilizarte.

PINTOS

[]...Es muy importante que sea cual sea la emoción que sienta, influya de manera positiva para tomar bien mis decisiones. Si piensas primero antes de actuar, puede que salga mejor.

JIRAFA

[]...Debes saber cuánto vales como persona, tus virtudes y tus defectos.

POLLO

[]...Peleo mucho con mis papás, respiraré y contaré hasta a 10, para pensar



antes de actuar, guardaré la calma y les diré que voy a expresar como me siento, porque en la comunicación y en el diálogo con las personas soy terca.

INGRATA

[]...Yo controlo mi coraje llorando, gritando o contándolo a alguien.

WONDER WOMAN

[]...Trato de controlarme, ignorando a las personas y dándoles el avión y no deteniéndome con cualquier persona, aunque luego te arrepientes de tus actos.

CHINA

[]...Las emociones influyen en la toma de decisiones porque si tomaste la decisión y luego ya no quieres, vas a estar de mal humor.

Cuando estoy triste trato de hacer otra cosa para no pensar en lo que me hace sentir triste, trato de calmarme haciendo algo para no seguir pensando en eso, por eso juego con el celular.

La inteligencia emocional ayuda a controlarte para mejorar los hechos.

CHOFIS

[]...Cuando estoy triste me pongo a cantar y se me quita y cuando me hacen enojar me desquito con alguien.

ROSITA

[]...La emoción que predomina en el momento, es la que toma la decisión. Mis respuestas son muy impulsivas, trato de sacar mis emociones en una actividad que favorezca mi desarrollo, me cuesta mucho trabajo manejar la tristeza.

Una vez, me ganó la emoción del enojo y me peleé en la escuela y otra vez, me ganó la tristeza, rompí en llanto, me salí de mi casa y no volví hasta la madrugada.

TUCANAZO

Categoría 5 Fomento de factores protectores contra conductas de riesgo en



adolescentes.

[]...Con los vídeos he aprendido que tengo factores de riesgo individuales cómo la emoción y curiosidad, sociales: amigos y familiares: primos tío y mamá alcohólica, pero también tengo factores de protección en mi persona cómo decir No a las cosas que no me convengan, alejarme de malas amistades o simplemente ignorar cosas que me puedan dañar, porque nadie me puede obligar hacer cosas que no quiero o que dañan mi salud o reputación y eso me hace especial, ahora que me conozco mejor quiero ser de más grande azafata, enfermera militar o arquitecta, y quiero cambiar de mí, mi forma de hablar, de expresarme, tener una mejor condición física, trabajar, esforzarme y ser estudiosa para ser feliz y una mejor persona.

CHINA

[]...Con los videos he aprendido que tengo factores de riesgo individuales: como mi baja autoestima, familiares: por situaciones que no me ponen atención y sociales los amigos que me pueden poner en peligro de usar alcohol, tabaco y otras drogas. Y he aprendido que tengo factores de protección como mi voluntad de no aceptar las cosas que me den mis amigos, que me hacen diferente para bien. Ahora que me conozco más quiero ser de más grande abogado criminalista y presidenta y para lograrlo debo estudiar y hacer un mejor examen para la UNAM y quiero cambiar de mi persona ser más inteligente porque soy enojona y triste, para ser feliz y mejor persona.

INGRATA

[]...Con los videos he aprendido que tengo factores de riesgo individuales: inseguridades de mi persona , la impulsividad y falta de incumplimiento , no tomar las cosas en serio y de mi familia , falta de atención , no poder platicar de cosas que me pasan en mi día y mis factores de riesgo sociales son platicar con personas con hiperactividad que me pueden poner en peligro del uso del alcohol, tabaco u otras drogas y he aprendido que tengo factores de protección como charlas escolares como el taller de prevención del Bullying también mi mama, mi familia que me hace especial . Ahora que me conozco más quiero ser de grande ingeniero en informática, estudiarla en el POLI y quiero tomar las cosas en serio y aprovechar de manera que me beneficie mi impulsividad.

TUCANAZO

[]...Con los videos he aprendido que tengo factores de protección como amistades saludables que me hacen especial. Ahora me conozco más quiero ser criminalista y quiero cambiar de mí la forma de escribir, bajarle al relajo y tomar



enserio las cosas para ser feliz y una mejor persona.”

SKINNY

[]...Con los videos he aprendido que tengo factores de riesgo al salir sola **por las noches porque hay muchos adictos** y rateros, familiares que llegue tu papá borracho y le pegue a tu mamá y sociales que tú quieras entrar a un grupo de amigos pero primero te digan que tienes que pegarle a alguien o robar, que me pongan en peligro de usar alcohol, tabaco y otras drogas, tengo como factor protector mi autoestima, está muy arriba y me gusta que soy muy amable y alegre. Ahora que me conozco más quiero ser de más grande cantante de reggaetón y para lograrlo tomare clases de canto y también iré escribiendo canciones e iré practicando y quiero cambiar de mí que soy muy enojona y para controlar mi enojo hacer manualidades, jugando o molestar a mi hermana para ser feliz y una mejor persona.

FLOR

[]...Con los vídeos he aprendido que tengo factores de protección como no tener malas amistades y estudiar, eso me hace especial. Ahora que me conozco más quiero ser de más grande enfermera para lograr tener mi carrera de enfermería voy a tener que estudiar y enfocarme mejor en mis estudios en una universidad que tenga lo necesario para terminar bien mi carrera y quiero cambiar de mi forma juguetona para ser feliz y una mejor persona.

FLORECITA

[]...Con los videos he aprendido que tengo factores de riesgo individuales: lastimar a los demás. Familiares: enojarme con las personas que no me hacen nada y sociales que me han fallado las amistades que pensaba que eran mis mejores amigos que me pueden poner en peligro de usar drogas y he aprendido que tengo factores de protección que son mi familia que me hace especial. Ahora que me conozco más quiero ser diseñadora y quiero cambiar de mí, mi enojo para poder ser feliz y una mejor persona, quiero cambiar mi sentido del humor.

FRESITA

[]...Con los videos he aprendido que tengo factores de riesgo individuales como curiosidad, tristeza, a veces soy muy impulsivo y en un problema no sé qué pueda pasar, familiares: problemáticos a veces que me estreso por el trabajo y **la escuela ya no sé qué hacer**, y sociales: mis amigos son problemáticos y tengo factores de protección como el saber decir no desde muy chico, esto me ha



alejado de malos hábitos. Ahora que me conozco mejor quiero ser de grande Médico forense, veterinario o arquitecto y lo lograre estudiando más esforzándome, y teniendo más paciencia, quiero concentrarme más y echarle más ganas para ser feliz y mejor persona.

PINTOS

[]...Con los videos he aprendido que tengo factores de protección que son mi familia y amigos que me hacen especial. Ahora que me conozco más quiero ser de más grande músico, trabajando más, tocando puertas y puertas, tengo familiares y amigos que son músicos, me gustaría subir mis calificaciones. Y quiero cambiar de mí, ser menos enojón, controlando mi enojo saliendo a caminar con mis amigos, para ser más feliz y una mejor persona.

JIRAFA

[]...Con los videos he aprendido que tengo factores de protección familiares que me hacen especial. Ahora que me conozco más quiero ser de más grande criminalista y para lograrlo quiero poner más atención en clase, no distraerme, ser sincero con los maestros, preguntar las dudas que tenga, estudiar mucho y quiero cambiar el ser menos enojón, aprendí que para cambiar mi enojo es bueno respirar profundo cuando me enojo y platicarlo con mi familia para ser feliz y una mejor persona.

POLLO

[]...Con los vídeos he aprendido que tengo factores de protección cómo no aceptar, seguir los pasos de mis papás hacia el alcohol y cigarro, lo que me hace especial. Ahora que me conozco más quiero ser de grande médico forense para lograrlo necesito terminar mis estudios, entregar todos mis trabajos, no saltarme clases. Quiero cambiar de mí, no ser tan contestona, ser más amable, ser sincera, no enojarme mucho, ser mejor en mi persona, arreglar las cosas que me hacen daño. Para ser feliz y una mejor persona.

WONDER WOMAN

[]...Con los videos he aprendido que quiero ser de grande policía y quiero cambiar mi futuro para que sea algo bien y estar muy orgullosa de mí misma para ser feliz y una mejor persona.

FRESITA 2



[]...Con los vídeos he aprendido que tengo factores de protección cómo hacer las cosas bien, hacer deporte eso me hace especial. Ahora que me conozco más quiero ser de más grande futbolista, practicarlo y quiero cambiar la flojera y no poner atención y ser feliz para ser una mejor persona.

REAL MADRID

[]...Con los videos he aprendido que quiero ser de más grande Médico general como mi abuelito y para conseguirlo es entrar la prepa 2, 5, u 8 y quiero cambiar de mi forma de contestar para dejar de tomar en cuenta los comentarios que reciba, para sé muy feliz y una mejor persona.

USAGI TUCKSINO

Tabla 39. Resultados de otra herramienta de inmersión, de donde se lograron desglosar otras dos categorías.



CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

A lo largo de la tesis se han presentado ampliamente múltiples factores determinantes de la salud mental del adolescente en cualquier momento. Cuantos más sean los factores de riesgo a los que estén expuestos, mayor serán las posibles repercusiones en su salud mental. Entre los factores que pueden contribuir al estrés durante la adolescencia están el deseo de una mayor autonomía, la emancipación, la presión social para amoldarse a los compañeros, la construcción de su propia identidad y las influencias de los medios sociales, la exploración de la identidad sexual y un mayor acceso y uso de la tecnología, que puede distorsionar la realidad vivida por el adolescente y sus percepciones o aspiraciones para el futuro.

El entorno emite constantemente estímulos, estos estímulos son traducidos en el cerebro mediante la percepción, lo que se manifiesta mediante una emoción, actitud y conducta, sea esta positiva o negativa, sustentada por un pensamiento o un juicio, por medio del cual dirigiremos la respuesta, sin embargo, en ocasiones, la respuesta que emitimos es automática y no es mediada por nuestro razonamiento, sino por la excitabilidad que genera en el individuo y la impulsión (Tapia *et al.*, 2017) como se muestra en las siguientes categorías y subcategorías que emergieron de los discursos obtenidos posterior al manejo de las herramientas de inmersión:

Categoría 1 Identificación de factores de riesgo para el consumo de sustancias en el adolescente

[]...*En el video Sandra cuenta como su esposo era vendedor de drogas y su madrastra consumidora.*

PINTO

[]...*Sandra veía a su padre consumir sustancias desde pequeña. Las amistades cuando las eliges mal, te pueden llevar al mundo de drogas, y yo tengo amigos que se drogan y toman mucho.*

INGRATA



[]...Los amigos y la familia pueden ser la causa para que uno consuma alguna droga”

JIRAFA

[]...Mi papá, ya desde hace mucho tiempo fuma, realmente mi mamá y yo le decimos que deje de fumar, pero creo yo de lo que he visto, que el máximo tiempo que ha dejado de fumar han sido dos años, y creo que eso ha sido demasiado para él.”

USAGI TUCKSINO

El ser humano es un individuo social, inserto en un mundo de interrelaciones permanentes y universales, de manera que se reúne con sus semejantes construyendo diversas formas de organización social, entre estas: la familia su primer núcleo.

Hablar de familia como organización social es hablar de diversidad, si bien con el progresivo desarrollo de la sociedad, ésta ha ido cediendo terreno a las funciones educativas, y parece insustituible en los procesos formativos primarios relacionados con los sentimientos, las emociones, las actitudes, los valores y la asimilación e interiorización de pautas sociales. La mayoría de los comportamientos y maneras de ver el mundo, tienen su origen en el núcleo familiar, siendo ésta, claramente, el primer contexto de aprendizaje para el individuo. Las organizaciones familiares se transforman permanentemente y construyen lo cognitivo, lo simbólico y lo afectivo al interior de su grupo social “familia”, siendo el resultado provisional de una cadena de elecciones personales de cada uno de sus miembros (Tapia *et al.*, 2017; Rodríguez *et al.*, 2017; Araque, 2013), como se muestra en los hallazgos:

1.1 Iniciación del adolescente en el consumo de drogas motivado por la familia



[]...Mi primera vez fue con mis papás para saber a lo que sabe, probé la cerveza y me gustó. Desde ahí la tomo. Porque mis papás toman, yo decidí tomar y yo lo acepté.

WONDER WOMAN

[]...A mí me ha dicho mi papá que, si quiero tomar pero que tome con precaución, que no me aloque, pero le digo que no me llama la atención y ya.

BATMAN

[]...Un día tomé mucho porque estaba con mis primos, ya no volvería a tomar.

ROSITA

[]...Mi primera borrachera fue a la edad de 3 años en la casa, crecí y a los 12 años fue cuando empecé a tomar demasiado, ya que me gustaba o por el simple hecho de convivir con mi familia, pero con el paso del tiempo fui tomando cada vez más, aunque no me considero una alcohólica.

CHINA

[]...Mi primer contacto con el cigarro fue porque mi abuelita fumaba mucho y entonces un día me dijo que lo probara y lo probé, pero, no fumo demasiado, solo 2 cigarros.

REAL MADRID

La familia es el primer nivel de socialización de los seres humanos por en cuyo seno también se desarrolla la personalidad y los estados emocionales, en consecuencia, se convierten en uno de los contextos más importantes para el desarrollo evolutivo de cada individuo. Según Bornstein (2002) y Torío (2003), nadie parece dudar de que la familia sea el contexto de crianza más importante en los primeros pasos de vida de la evolución de un individuo y es donde se adquieren habilidades sociales y comunicativas y los primeros hábitos que permitirán tomar la autonomía y las conductas decisivas para la vida. Musitu, Román y Gracia (1988), consideran que los elementos que determinan los estilos de crianza contribuyen a una mejor práctica educativa, estas serían la estructura, el afecto, el control conductual, la comunicación, la transmisión de valores y los sistemas externos. Los cuatro primeros hacen alusión a las relaciones intrafamiliares o micro sistémicas, y las últimas hacen referencia a la dimensión social, siendo esta la que se extiende como análisis en el estudio de la



socialización. La posición dentro de un supra sistema (ambiente social) explicará en gran medida la toma de postura y modos de actuación en un sistema (familia).

Según Rodrigo y Palacios (1998), los estilos o prácticas de crianza que pretenden los padres en cada familia sirven para modular y canalizar las conductas de los hijos en la dirección que ellos consideren adecuada. Estos estilos de crianza se basan en lo aprendido en la propia familia paterna y materna, por tanto, se transmiten de generación en generación a partir de la experiencia de vida familiar, como se muestra en la siguiente categoría:

Categoría 2 Identificación de factores de protección en la familia para evitar el consumo de sustancias por el adolescente

[]...*Mi familia está conmigo y me apoya, por eso no estoy en riesgo de consumir drogas, aunque tenga amigos que las consumen, mis papás son muy estrictos, si me encontraran consumiendo alguna sustancia, me correrían.*

FRESITA2

[]...*Mi papá, ya desde hace mucho tiempo fuma, cuando fuma, mamá lo que hace es retirarse e irse a otra parte. Y yo a veces no sé qué hacer y mejor me quedo con mi papá. Pues a veces si soporto el olor, sin importar lo fuerte que sea para mí el olerlo y soportarlo, pero si, a veces me enoja con mi papá y le digo que deje de fumar y si no me voy, y hago ya por ejemplo un berrinche y ya lo deja de hacer.*

USAGI TUCKSINO

Erikson centra su análisis del periodo de la adolescencia en el concepto de "identidad". La cual define como algo compuesto por la herencia genética junto con un modo particular de organizar la experiencia que, a su vez está estructurado por un contexto cultural dado. En consecuencia, la identidad personal se encuentra determinada por la configuración psicológica del individuo y la influencia del medio en que está inmerso. Plantea que la identidad evoluciona durante la infancia mediante procesos de introyección (interiorización de las personalidades de otros individuos significativos) e identificación (asimilación de los roles y valores



de otros), la formación de la identidad se produce cuando el adolescente selecciona entre las diversas introyecciones e identificaciones y alcanza una nueva síntesis en respuesta a su medio; esta formación de la identidad continúa a lo largo de su vida. Erikson destaca 8 fases de desarrollo, cada una de las cuales es conflictiva y tiene posibilidad de alcanzar 2 resultados bipolares opuestos de los cuales se puede obtener resoluciones conflictivas o positivas que pueden crear en el individuo un auto concepto positivo o negativo. Sin embargo, menciona que, para que se dé una adaptación personal satisfactoria, son necesarios tanto los elementos sintónicos (positivos) como los distónicos (negativos). Donde el individuo debe lograr un equilibrio entre los resultados bipolares de manera que pueda adaptarse a su entorno (Tapia *et al.*, 2016, 2017; Caltenco y García, 2017; Guzmán *et al.*, 2016) como se muestra en la siguiente subcategoría, categoría y discursos:

2.1 Identifican consumo o dependencia a sustancias dentro de su entorno social.

[]...*Hay muchos chavos en la secundaria que quieren llamar solo la atención por el simple hecho de decir que ya están grandes y que fumarán y que quieren llamar la atención, hay veces que dicen que no les gusta y al final de cuentas lo siguen haciendo, y como lo prueban y saben a qué sabe y que se siente lo siguen haciendo.*

FRESITA

[]...*Tengo amigos que consumen drogas, sin embargo, yo no he tomado ese camino, ellos ahora empiezan con otro tipo de drogas.*

ITZEL

La construcción de la identidad y autonomía durante la adolescencia, se ve influenciada por diversos factores genéticos, temperamentales y ambientales. Desde el punto de vista cognitivo, la adolescencia es una época en que los adolescentes alcanzan la etapa de las operaciones formales, son capaces de hacer razonamiento lógico y abstracto, operaciones de meta cognición donde



reflexionan sobre sus propios procesos cognitivos. Existe la tendencia a realizar comparaciones con sus compañeros y con lo que perciben como “normas ideales”, lo que los lleva a hacerse más conscientes de sí mismos, afectando o fortaleciendo su auto concepto y autoestima (Fuentes y Rivera, 2016). En su búsqueda por crearse de un sentido de identidad personal, ensayan distintos roles bajo diversos estándares impuestos por ellos y el mundo social, como se muestra a continuación en la categoría emergente:

Categoría 3 Percepción de riesgo en el adolescente ante el consumo de sustancias

[]...*Creo que, en lo personal, como se dijo en el video, el consumo de alguna droga totalmente cambiaría todo, desde tu persona de cómo eres a lo que te convertirías, porque en lo personal yo me desconocería. Podría recordar de cómo era antes y de lo que soy y me decepcionaría de mí misma por haber tomado un camino equivocado.*

USAGI TUCKSINO

[]...*El consumo de drogas destruiría totalmente mi vida y a mi familia.*

POLLO

[]...*S yo consumiera alguna droga ya no me permitiría cumplir mis sueños, mis metas y mis objetivos y mi deseo de formar una familia.*

PINTOS

[]...*Me volvería más rebelde, no haría caso, rompería la comunicación que tengo con mi familia.*

JIRAFA

[]...*Tenemos que aprender de las personas que hoy en día viven en las calles por ser drogadictos, una vez que ya le entras a la drogadicción, no puedes salir de ahí, debemos seguir estudiando, y si nos ofrecen drogas no hay que aceptar.*

WONDER WOMAN

[]...*Con el paso del tiempo fui tomando cada vez más, no me considero una alcohólica, pero ahora entiendo que puedo llegar a serlo con sus consecuencias.*

CHINA



[]...En el video se ve claramente como Sandra se perdió con las drogas, siento que, porque pierdes todo lo que tienes en tu vida, te vuelves indiferente a todo”
“Mis papás son muy estrictos, si me encontraran consumiendo alguna sustancia, me correrían.

FRESITA 2

3.1 Baja percepción de riesgo hacia consumo de sustancias

[]...Si yo probará alguna droga no me afectaría porque las drogas no me llaman la atención.

INGRATA

[]...Hay cosas que deben pasarnos a fondo para conocer y entender.

CHINA

[]...Mis amigos consumen, pero no pueden influir en que yo empiece a consumir.

ITZEL

Las emociones son determinantes en la toma de decisiones, son producto de la influencia del entorno social y la interacción con él, dependen de la percepción que se construya, pues influye la interpretación y forma de ver la vida, lo que presidirá las emociones, los pensamientos, actitudes y conductas. Es necesario que los adolescentes aprendan a reconocer la relevancia que las emociones tienen en su toma de decisiones, a identificarlas y trabajar con ellas desde temprana edad (Tapia *et al.*, 2017; Fuentes y Rivera, 2016; Guzmán *et al.*, 2016).

Las emociones desempeñan funciones principales entre las que se destacan la función adaptativa, la cual configura un sistema multinivel de procesamiento de información que garantizan la adaptación y supervivencia de las personas, la función social que consiste en la expresión de las emociones, lo que facilita a las personas interactuar con otras, permite a los demás predecir el comportamiento asociado con las mismas y favorece procesos de relación interpersonal, la función motivacional, en la cual una emoción puede determinar la aparición de la propia conducta motivada, dirigirla hacia determinada meta y hacer que 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, por lo que se



resalta la importancia del desarrollo de la inteligencia emocional desde la infancia y la adolescencia. La educación emocional no se propone sustituir la razón por emoción, sino establecer un paradigma que considere al sujeto como protagonista principal de la educación y ofrecer un nuevo modelo constituido por emoción–pensamiento–acción más adecuado a la naturaleza humana. El bajo nivel de competencia emocional del colectivo de adolescentes demuestra un observable “analfabetismo emocional” (Goleman, 1996) que desemboca en comportamientos desadaptativos (Bisquerra, 2003), como por ejemplo: el consumo de drogas, multiculturalidad, trastornos alimentarios (anorexia, bulimia); violencia de género, aumento de embarazos no deseados, tasa de suicidios y numerosos actos de violencia dentro y fuera del ámbito escolar, desde el renombrado bullying escolar hasta las vejaciones grabadas en teléfono móvil que posteriormente son difundidas en Internet (cyber-bullying) (Tapia *et. al.*, 2016, 2017; Fuentes y Rivera, 2016; Caltenco y García, 2017; Ezeiza, Izagirre & Lakunza, 2008) como se muestra en la siguiente categoría y discursos:

Categoría 4 Inteligencia emocional ante eventos desafortunados:

4.1 Identificación de emociones propias

[]...*Tristeza, yo he sentido lo que Jael reflejaba en el vídeo con su familia.*

PINTOS

[]...*Sentí coraje y preocupación por la mamá de Jael ante las acciones de su hijo*

USAGI TUCKSINO

[]...*Sentí enojo porque no fueron justos los amigos de Jael al dejarlo sólo, pero también no fue justo como Jael trató a su mamá. Yo Nunca dejaría a mis amigos, los apoyaría en lo que necesitaran.*

FRESITA 2

[]...*Sentí miedo de que le iba a pasar algo a Jael, como ser atropellado o que lo iban a asaltar.*

REAL MADRID



[]...Sentí tristeza, es un video de reflexión, porque Jael falta al respeto a su madre y me doy cuenta de que yo muchas veces también se lo hago a mi mamá de forma muy parecida.

FLORECITA

[]...Cuando mis papás pelean me gana la tristeza y he querido suicidarme.

POLLO

[]...Me sentí identificada con Jael, cuando se enoja, porque a veces uno toma decisiones que afectan la integridad de uno, el mal manejo emocional nos puede orillar a cosas malas como suicidio y drogas.

INGRATA

[]...Me identifiqué cuando el chavo desobedece a su mamá y salió sin permiso, Porque me enoja y me salgo sin pedir permiso y sin avisar en donde estoy, cuando me enoja, me quedo callada, pero cuando exploto, digo todo lo que me guardo.

[]...La tristeza es la emoción más difícil de controlar, antes me cortaba, no lo dejaba de hacer hasta que me trataron, ahora lloro o pego a la pared.

WONDER WOMAN

[]...Me sentí muy identificado, ya que llevo varias veces que salgo de mi hogar muy enojado por discusiones con mi mamá.

TUCANAZO

[]...Una vez me peleé con mi mamá y me corrió, me sentí muy triste, pues mi mamá está, mal porque eso no se le hace a una hija, bueno es lo que yo pienso.

ROSITA

[]...Sentí tristeza porque a veces uno piensa que las personas son tus amigos, pero no es cierto porque te traicionan.

FLOR

De acuerdo con Goleman, (2011, 2006) la inteligencia emocional se integra por cuatro dimensiones conformadas de diversas competencias: El conocimiento de uno mismo, dimensión formada por la competencia del autoconocimiento emocional, que comprende las capacidades para atender señales internas;



reconocer cómo los propios sentimientos afectan el desempeño; escuchar a la intuición, y poder hablar abiertamente de las emociones para emplearlas como guía de acción. La autorregulación, dimensión relacionada con cómo la persona maneja su mundo interno para beneficio propio y de los demás, las que la integran son: autocontrol emocional, orientación a los resultados, adaptabilidad y optimismo. La conciencia social, esta dimensión es esencial para establecer buenas relaciones interpersonales, se conforma de: empatía y conciencia organizacional. La regulación de relaciones interpersonales: Se enfoca principalmente a los aspectos de persuasión e influencia sobre otros, se integra de las siguientes competencias, inspiración de liderazgo, influencia, manejo de conflicto, y trabajo en equipo y colaboración (Goleman, 2011; Tapia *et al.*, 2017), como se muestra en las siguientes categorías, subcategorías y discursos:

4.2 Identificación de la importancia de la inteligencia emocional en la toma de decisiones

[]...Es muy importante saber controlarse cuando tienes alguna emoción. Aprendí que toda acción conlleva a una reacción. Identificas una emoción a través de la percepción del cuerpo, debes tener autocontrol y tranquilizarte”

PINTOS

[]...Es muy importante que sea cual sea la emoción que sienta, influya de manera positiva para tomar bien mis decisiones. Si piensas primero antes de actuar, puede que salga mejor.

JIRAFA

[]...Debes saber cuánto vales como persona, tus virtudes y tus defectos.

POLLO

[]...Peleo mucho con mis papás, respiraré y contaré hasta a 10, para pensar antes de actuar, guardaré la calma y les diré que voy a expresar como me siento, porque en la comunicación y en el diálogo con las personas soy terca.

INGRATA

[]...Yo controlo mi coraje llorando, gritando o contándolo a alguien.



WONDER WOMAN

[]...Las emociones influyen en la toma de decisiones porque si tomaste la decisión y luego ya no quieres, vas a estar de mal humor. Cuando estoy triste trato de hacer otra cosa para no pensar en lo que me hace sentir triste, trato de calmarme haciendo algo para no seguir pensando en eso, por eso juego con el celular. La inteligencia emocional ayuda a controlarte para mejorar los hechos”

CHOFIS

[]...La emoción que predomina en el momento, es la que toma la decisión. Mis respuestas son muy impulsivas, trato de sacar mis emociones en una actividad que favorezca mi desarrollo, me cuesta mucho trabajo manejar la tristeza. Una vez, me ganó la emoción del enojo y me peleé en la escuela y otra vez, me ganó la tristeza, rompí en llanto, me salí de mi casa y no volví hasta la madrugada.

TUCANAZO

La adolescencia se ha presentado comúnmente como un periodo de inestabilidad emocional; sin embargo, la mayoría de los adolescentes (80%) se enfrenta bien a esta etapa y sobreviven sin perjuicios. De este 80%, un 30% de los adolescentes presentan un fácil proceso de crecimiento continuo, un 40% sufre procesos de estrés intercalados con periodos de calma y el otro 30% muestran un desarrollo agitado caracterizado por periodos intensos de arrebatos y estrés” (Aguilar Cordero, 2012) A lo largo de esta etapa, el adolescente vive experiencias de desarrollo que van más allá de la maduración física y sexual, las experiencias vividas en la infancia serán integradas y forjarán el carácter, confianza, auto conocimiento y determinación del adolescente en su introspección por la construcción del “Yo”; dentro de éstas se incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones y la capacidad de razonamiento abstracto cuya finalidad es que la persona alcance completamente la madurez física, psíquica y social, por lo que la educación para la salud es imprescindible.

La educación para la salud es un campo reciente de reflexión en nuestro medio, que se ha constituido en uno de los mayores intereses y retos en los ámbitos de la promoción de la salud y, como consecuencia, en enfermería, por el incremento tan



notable de enfermedades crónicas no transmisibles, inicio temprano de uso y abuso de drogas legales e ilegales, bullying, sobrepeso, obesidad, anorexia, bulimia y violencia en el noviazgo, entre otros, todo impactando desde edades muy tempranas y generando costos económicos y sociales muy altos, así como pérdida de salud física y mental, y productividad en grupos vulnerables (Caltenco & García, 2017; Guzmán *et al.*, 2016; Tapia *et al.*, 2016; Fuentes y Rivera, 2016; Percastegui & Tamayo, 2014) La enfermera en su papel de educadora no solo educa, sino que también es educada, es decir, ocurre una inversión de roles como consecuencia de la interacción entre ella y la persona, lo que le permite conocer de cerca las percepciones de este, aprendiendo de las actitudes de la persona y su familia, para reaccionar y desarrollar una conducta personal y un método que le permitan proporcionar un cuidado holístico basado en la educación para la salud. La importancia del rol de educador en salud parte del grado de convicción que este ejerce en la persona receptora de sus cuidados, la familia y su entorno aconsejando y orientando para que se obtengan competencias que los lleven a tomar las riendas de su salud y la de los suyos, lo cual los llevará a obtener una mejor calidad de vida con base en cambios ambientales y de comportamiento por formas de vida más saludables, esto será alcanzable si partimos de que cada persona aprende de distinta manera y al contemplar los diferentes estilos el alcance será mayor. Los estilos de aprendizaje son la forma consistente en la que los estudiantes responden o utilizan los estímulos en el entorno del aprendizaje, es decir, las condiciones educativas bajo las cuales un estudiante es más probable que aprenda. Por lo tanto, los estilos de aprendizaje no se refieren realmente a lo que aprenden los estudiantes, sino cómo prefieren aprender y, en muchas ocasiones, cómo les resulta más fácil aprender. Los estilos de aprendizaje son una mezcla de factores cognitivos, afectivos y fisiológicos característicos que sirven como indicadores relativamente estables de cómo el alumno percibe, interactúa y responde al entorno de aprendizaje. El desarrollo y el perfeccionamiento de las estrategias de aprendizaje por parte del alumno están claramente relacionados con las medidas en las que se involucra el proceso cognitivo y motivacional de



este con su estilo de pensamiento y aprendizaje (Tapia *et. al.*, 2018), los profesionales del área de la salud debemos partir de estos principios para el alcance de los objetivos de la educación para la salud, como se planteó a lo largo de la tesis mediante el manejo de herramientas de inmersión como se muestra en los siguientes discursos: **Categoría 5 Fomento de factores protectores contra conductas de riesgo en adolescentes.**

[]...Con los vídeos he aprendido que tengo factores de riesgo individuales cómo la emoción y curiosidad, sociales: amigos y familiares: primos tío y mamá alcohólica, pero también tengo factores de protección en mi persona cómo decir **No** a las cosas que no me convengan, alejarme de malas amistades o simplemente ignorar cosas que me puedan dañar, porque nadie me puede obligar hacer cosas que no quiero o que dañan mi salud o reputación y eso me hace especial, ahora que me conozco mejor quiero ser de más grande azafata, enfermera militar o arquitecta, y quiero cambiar de mí, mi forma de hablar, de expresarme, tener una mejor condición física, trabajar, esforzarme y ser estudiosa para ser feliz y una mejor persona.

CHINA

[]...Con los videos he aprendido que tengo factores de riesgo individuales: inseguridades de mi persona , la impulsividad y falta de incumplimiento , no tomar las cosas en serio y de mi familia , falta de atención , no poder platicar de cosas que me pasan en mi día y mis factores de riesgo sociales son platicar con personas con hiperactividad que me pueden poner en peligro del uso del alcohol, tabaco u otras drogas y he aprendido que tengo factores de protección como charlas escolares como el taller de prevención del Bullying también mi mama, mi familia que me hace especial . Ahora que me conozco más quiero ser de grande ingeniero en informática, estudiarla en el POLI y quiero tomar las cosas en serio y aprovechar de manera que me beneficie mi impulsividad.

TUCANAZO

[]...Con los videos he aprendido que tengo factores de riesgo al salir sola por las noches porque hay muchos adictos y rateros, familiares que llegue tu papá borracho y le pegue a tu mamá y sociales que tú quieras entrar a un grupo de amigos pero primero te digan que tienes que pegarle a alguien o robar , que me pongan en peligro de usar alcohol , tabaco y otras drogas, tengo como factor protector mi autoestima, está muy arriba y me gusta que soy muy amable y alegre. Ahora que me conozco más quiero ser de más grande cantante de reggaetón y para lograrlo tomare clases de canto y también iré escribiendo canciones e iré practicando y quiero cambiar de mí que soy muy enojona y para controlar mi enojo



hacer manualidades, jugando o molestar a mi hermana para ser feliz y una mejor persona.”

FLOR

[]...La maestra fue una persona que me motivó demasiado, ella me enseñó a cómo controlar mis emociones y sobre todo me escuchó. Me gustaría que vinieran más seguidas, ellas son súper lindas y les tengo un gran cariño. Me pone triste saber que a lo mejor ya nunca las veré.

FLORECITA

Los videos permiten que el adolescente evalúe acciones, de forma que funge como juez, espectador y participe, desarrollo de mayor percepción a riesgos ante conductas dañinas, el ver y reflexionar acerca de los videos, les confiere una previsualización de los hechos para poner en práctica estos juicios y razonamientos ante las situaciones en que se enfrenten, logrando prever riesgos y consecuencias y evitar dejarse llevar por una emoción maximizada, o el exceso de confianza en sí mismos que les genera sentimientos de invulnerabilidad (Caltenco y García., 2017)



CAPÍTULO VI. CONCLUSIÓN

Durante la implementación del taller, se identificó que el empleo de herramientas que involucran el uso de las TIC'S fortaleció el auto conocimiento y la toma de conciencia, mediante las situaciones que en los videos les fueron planteadas, externaron sentirse identificados con las situaciones y los personajes, emitieron juicios y visualizaron los riesgos que confieren las emociones mal manejadas. De manera introspectiva permitió puntualizar al adolescente en aspectos positivos y negativos de su vida, de modo que esta información fue entendida, interpretada y empleada por él como una constitución elemental de su toma de decisiones, reflexionaron sobre como las emociones mal dirigidas, tienen la capacidad de influir de manera errónea en su resolución de sus problemas.

Se afirma que la educación sobre los grandes problemas de salud pública en grupos vulnerables debe ser abordada con innovación por los profesionales de Enfermería, como es el caso del uso de las herramientas de inmersión ya que en la presente investigación favorecieron que el adolescente fortaleciera la conciencia de sí mismo con respecto a su identidad, personalidad, relaciones y elementos que lo componen e influyen; así como la identificación de sus emociones y la de otros y el poder de estas en la toma de decisiones, el manejo de sus emociones es punto de partida para que emitan respuestas asertivas dentro de su entorno.

El autoconocimiento es la clave para entender la vulnerabilidad ante la cual nos enfrentamos, reconocer en nosotros mismos nuestras fortalezas como aquello a lo que podríamos llamar debilidades, es la clave para tener con nosotros mismos una dirección asertiva, basada en el entendimiento.



La relación establecida entre los estudiantes y las enfermeras, permitieron a la enfermera mayor conocimiento y entendimiento sobre las situaciones que aquejan a este grupo vulnerable, de modo que se pudo intervenir oportunamente con enfoque determinante en las necesidades de la población identificadas.

Los elementos fundamentales ante estas intervenciones fueron partir de su realidad a la reflexión, y favorecer la retroalimentación sobre los puntos clave que deben tomar en cuenta antes de responder a los estímulos externos. Los videos lograron la identificación de situaciones en sus vidas, y el desglose de emociones que han vivido de acuerdo a sus experiencias. Es más sencillo para ellos identificar las emociones ajenas a través de estas herramientas, que las emociones propias, y observar como de las emociones expresadas, parte buenos o malos desenlaces. La didáctica de las herramientas vivenciales como punto de partida a la reflexión le permitió al adolescente desenvolverse con normalidad en el desarrollo de una actividad dentro de su entorno social habitual, puntualizando las observaciones posteriores a la actividad, les ayudo a reflexionar sobre su conducta, la retroalimentación en estas actividades, la autocrítica, el autoconocimiento y autoevaluación con respecto a sus formas de desenvolverse en el medio social les permitió ejemplificar cómo desde pequeñas circunstancias, sus decisiones pudieron implicar riesgos, y cómo es que por medio de la identificación y el control de la emoción lograron influir en la toma de sus decisiones, y no al contrario que ellas influyeran en la toma de sus decisiones. Les permitieron identificar el rol que fungen dentro de su entorno, su manera de dirigirse y el promedio de las respuestas que emiten ante las distintas situaciones.

Se concluye que las herramientas de inmersión constituyen un medio para identificar los factores de riesgo para conductas dañinas, son medio de ejemplificación vivencial y de reflexión para el autoconocimiento, la identificación y modificación de conductas de riesgo, favorecen el conocimiento y manejo de emociones en la toma de decisiones, por lo que son un excelente medio de educación para la salud, ya que favorecen un vínculo: Relación enfermera-



persona, ya que los informantes establecieron vínculos afectivos y de confianza hacia el equipo de enfermeras, expresando agradecimiento, para ellos fue una agradable experiencia el hecho de haber formado parte de un espacio creado para adolescentes, el ser entendidos y escuchados respecto a las situaciones que en esta edad les inquietan, en donde no se minimizó la importancia de sus problemas o situaciones, y por el contrario se buscó esclarecer sus emociones fortaleciendo mejor entendimiento y manejo de ellas.

Es necesario trabajar constantemente en la identificación de las emociones, para hacer de ellas un manejo responsable por parte de cada persona que se encuentra bajo el influjo de ellas. Sin duda, este trabajo es un punto de partida para una revaloración e implementación de nuevas intervenciones que se encuentren encaminadas a responder hacia los hallazgos encontrados e inquietudes externadas por los jóvenes. Proponemos sobre el abordaje de esta línea de investigación implementar herramientas estratégicas que fortalezcan la identificación de sus emociones, ya que aún predomina en ellos el concepto de “sentir emociones” sin aterrizar en cuáles son estas. Por ahora, queda claro que fortalecer en el adolescente el autoconocimiento e identificación de la influencia que tienen nuestras emociones sobre las acciones, así como la previsión de las consecuencias es una solución preventiva a las conductas de riesgo.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AEP. (2011). *Asociación Española de pediatría*. Obtenido de Asociación Española de pediatría: <https://www.aeped.es/una-vision-global-violencia-contraninos/definiciones>

Aguilar Cordero, M. J. (2012). *Tratado de enfermería del niño y el adolescente. Cuidados pediátricos*. Barcelona, España: ELSEVIER.

Animal Político. (10 de Septiembre de 2018). En México hay un promedio de 17 suicidios al día, ¿cómo detectar riesgos y qué hacer para ayudar? *Animal Político*.

Araque Barboza, F. Y. (2013). Una aproximación teórica-conceptual para el estudio de las organizaciones familiares. *TELOS. Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*, 103-116.

Báez, C. (26 de Julio de 2018). El depresivo rostro del suicidio en México. Ciudad de México, México.

Bartuste Marrero, D. (2014). *Fundamentos para el diseño de un programa psicoeducativo, dirigido a mujeres con cáncer de mama*. Santa Clara: Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas.

Blasco Romera , C. (2012). Descripción y análisis de los factores protectores de adolescentes en la prevención del delito: el perfil del adolescente resistente y las competencias emocionales asociadas. *Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada*, 1 - 115.

Bonilla Ruíz, S. M., & Marcilia Hernández, Y. (2015). *Factores protectores que favorecen la realización de proyecto de vida en adolescentes en riesgo psicosocial de la Institución Juventud Con Una Misión*. Caldas Antioquia.

Caballero García, M., Bardón Canchob, E., & López Lledó, S. (15 de marzo de 2015). *Infecciones de transmisión sexual en adolescentes*. Obtenido de Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico: <https://guia-abe.es/temas-clinicos-infecciones-de-transmision-sexual-en-adolescentes>



Caltenco R. & García J. (2017). Desarrollo de la inteligencia emocional mediante herramientas de inmersión para la prevención de adicciones y/o bullying en adolescentes (Tesis). UNAM Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Los Reyes Iztacala, Estado de México

Chacón Quesada, T., Corrales González, D., Garbanzo Núñez, D., Gutiérrez Yglesias, J. A., Hernández Sandí, A., Lobo Araya, A., . . . Ventura Montoya, S. (septiembre de 2009). ITS Y SIDA en adolescentes: descripción, prevención y marco legal. *Medicina Legal de Costa Rica, vol.26 Heredia Sep. 2009*(no. 2), 79 - 98. Recuperado el 29 de abril de 2019, de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152009000200008

COEPRA. (2018). *Instituto de Salud del Estado de México*. Obtenido de Instituto de Salud del Estado de México: http://salud.edomex.gob.mx/isem/pr_pa_factoresriesgo

CogniFit. (3 de diciembre de 2018). *Cogni Fit*. Obtenido de Cogni Fit: <https://www.cognifit.com/es/habilidad-cognitiva/inhibicion>

Comité Estatal para la Prevención de Accidentes. (2018). *Instituto de Salud del Estado de México*. Obtenido de Instituto de Salud del Estado de México: http://salud.edomex.gob.mx/isem/pr_pa_factoresriesgo

CONAPO. (15 de mayo de 2012). *Consejo Nacional de Población*. Obtenido de Consejo Nacional de Población: http://www.violenciaenlafamilia.conapo.gob.mx/en/Violencia_Familiar/Violencia_emocional_fsica_sexual_y_economica

Córdoba, J. (2014). *ESTILOS DE CRIANZA VINCULADOS A COMPORTAMIENTOS PROBLEMATICOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES*. Córdoba, Argentina.

Corona, F., & Peralta, E. (2011). Prevención de conductas de riesgo. *Revista Médica Clínica de las Condes*, 68-75.

De los Ángeles Páramo, M. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *SCIELO*, 85 - 95.



Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, OMS. (2000). PREVENCIÓN DEL SUICIDIO; UN INSTRUMENTO PARA TRABAJADORES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD . GINEBRA, SUIZA.

Diéguez, J. G., & Fortuny I Gras, M. (1988). Investigaciones y experiencias, Educación para la salud. *Revista de educación*, 287-306.

Dirección de Coordinación Académica. (2004). *MANUAL DE ESTILOS DE APRENDIZAJE*. Obtenido de http://biblioteca.ucv.cl/site/colecciones/manuales_u/Manual_Estilos_de_Aprendizaje_2004.pdf

Domínguez Soto, L., & Díaz González, J. M. (1 de agosto de 2008). *FACMED*. Obtenido de http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/ago_01_ponencia.html

Estilos de Aprendizaje. (11 de Febrero de 2019). *Estilos de Aprendizaje*. Obtenido de <https://sites.google.com/site/estilosdeaprendizajeitt/home>

Ezeiza Urdangarin, B., Izagirre Gorostegi, A., & Lakunza Arregi, A. (2008). *Inteligencia Emocional. Educación secundaria obligatoria*. Gipuzkoako Foru Aldundia.

Feliu, S. F. (21 de diciembre de 2018). *asistencia sanitaria*. Obtenido de [asistenciasanitaria: https://asistenciasanitaria.com.ar/2018/12/21/candidiasis-genital-femenina-o-masculina/](https://asistenciasanitaria.com.ar/2018/12/21/candidiasis-genital-femenina-o-masculina/)

FEUM. (30 de junio de 2017). *FARMACOPEA de los estados unidos mexicanos*. Obtenido de [FARMACOPEA de los estados unidos mexicanos: https://www.farmacopea.org.mx/Repositorio/Documentos/477.pdf](https://www.farmacopea.org.mx/Repositorio/Documentos/477.pdf)

Figueroa, B. A. (2013). *viviendo la salud*. Obtenido de [viviendo la salud: https://viviendolasalud.com/cuerpo-y-mente/emociones-basicas](https://viviendolasalud.com/cuerpo-y-mente/emociones-basicas)

Forum Clínic. (25 de octubre de 2009). *Depresión: síntomas, tipos, causas, tratamiento y evolución*. Obtenido de [Trastorno límite de la personalidad \(TLP\): https://www.trastornolimitado.com/trastornos/la-depresion](https://www.trastornolimitado.com/trastornos/la-depresion)

Fundación en Movimiento, A.C. (2007). *Fundación en Movimiento, A.C*. Obtenido de [Fundación en Movimiento, A.C.: http://www.fundacionenmovimiento.org.mx/bullying/tipos-de-bullying](http://www.fundacionenmovimiento.org.mx/bullying/tipos-de-bullying)



Gamboa Montejano, C., & Valdés Robledo, S. (noviembre de 2016). EL BULLYING O ACOSO ESCOLAR Estudio Teórico conceptual, de Derecho Comparado, e Iniciativas Presentadas en el Tema (Actualización. *Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis*, 149. Obtenido de Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-22-16.pdf>

García García, M., González Pineda, J., González Pumariega, S., & Núñez Pérez, C. (1997). Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar. *Psicothema*, 271-289.

García-Cardona, M., y Ramírez-Elías, A. (2010). La educación de enfermería y las adicciones. Una revisión de la literatura. *Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 35-42.

Gómez B., Yolotli C. & Yanéz G., (2012). Influencia de un material didáctico interactivo sobre la percepción de riesgo hacia el consumo de las drogas en los alumnos de secundaria de municipio de Tlalnepantla (Tesis). UNAM Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Los Reyes Iztacala, Estado de México

Gómez Cobos, E. (2008). Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 105 - 122.

Gómez Sánchez , D., Oviedo Marín, R., Gómez Sánchez, A., & López Gama, H. (2012). ESTILOS DE APRENDIZAJE EN LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CON BASE EN EL MODELO DE HEMISFERIOS CEREBRALES. *TLATEMOANI Revista Académica de Investigación* .

Gómez Vinales, C. (9 de Diciembre de 2017). La exposición de los adolescentes a las drogas en México. *Excelsior*.

González Fernández-Conde, M. d., & Manzano García, M. (2009). El profesional de enfermería ante la prevención del consumo de alcohol en los adolescentes. ¿Es eficaz nuestra intervención en el medio escolar? *Revista Enfermería C y L*, 2-12.

Gutiérrez García, A. G., Contreras M, C., & Orozco Rodríguez, R. C. (2006). EL SUICIDIO, CONCEPTOS ACTUALES. *Salud Mental*, 66 - 74.

Gutiérrez J., Martínez R. & Rivera C., (2017). Las herramientas de inmersión como estrategia para la salud mental en adolescentes. (Tesis). UNAM Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Los Reyes Iztacala, Estado de México



Guzmán L., & Rivero L., (2013). Importancia del papel de la enfermera en la educación para la salud en la prevención de adicciones. (Tesis). UNAM Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Los Reyes Iztacala, Estado de México

Guzmán. O., Maldonado A. & Ortiz D., (2016), Impacto de las emociones en adolescentes "bulfled" como factor determinante para el cambio de rol en el bullying. (Tesis). UNAM Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Los Reyes Iztacala, Estado de México

Hernández García, A. (2010). *CENSIA*. Obtenido de CENSIA:
<http://www.censia.salud.gob.mx/descargas/adolescencia/2010/Accidentes.pdf>

Huizar, J. A. (2015). *INFORME SOBRE DATOS ESTADÍSTICOS DE ADICCIONES EN EL ESTADO DE MÉXICO*. Estado de México: Instituto de Estudios Legislativos.

IMSS. (13 de 07 de 2015). Acoso escolar (Bullying). Obtenido de IMSS:
<http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/acoso-escolar>

INEGI. (s.f.). *INEGI*. Obtenido de INEGI:
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/glosario/default.aspx?t=mvio77&e=00&i=>

infobae. (6 de abril de 2019). *infobae*. Obtenido de infobae:
<https://www.infobae.com/america/mexico/2019/04/06/las-enfermedades-de-transmision-sexual-mas-comunes-en-mexico/>

INMUJERES. (Diciembre de 2006). *www.cedoc.inmujeres.gob.mx*. Obtenido de
http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100779.pdf

Lillo Espinosa, José Luis, Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* [en línea] 2004, Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019660005>> ISSN 0211-5735

Lugones Botell, M., & Ramírez Bermúdez, M. (26 de julio de 2017). Bullying: aspectos históricos, culturales y sus consecuencias para la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(1). Obtenido de
<http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/277/132>

Martínez Vázquez, S. A. (01 de enero de 2014). Bullying: violencia en la escuela. *Revista Digital Universitaria*, 15(1). Obtenido de
<http://www.revista.unam.mx/vol.15/num1/art02/>



Martínez y Martínez, R. (2017). *Salud y enfermedad del niño y del adolescente* (8va ed. ed.). México, México: manual moderno. Obtenido de <https://books.google.com.mx/books?id=700-DgAAQBAJ&pg=PT2662&lpg=PT2662&dq=Crecimiento+de+los+huesos+pelvianos,+brote+de+los+pezones&source=bl&ots=dn0TPadTF5&sig=ACfU3U1OUrwOE3acYysZMhJKES7GltINzg&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjUwfySvIvAhWDY80KHbv-AKqQ6AEwBXoECAk>

Medina Mora Icaza, M., Villatoro Velázquez, J., Fleiz Bautista, C., Téllez-Rojo, M. M., & Mendoza Alvarado, L. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz / Secretaría de Salud.

Menéndez Guerrero, G. E., Navas Cabrera, I., Hidalgo Rodríguez, Y., & Espert Castellanos, J. (julio - septiembre de 2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, vol.38 (no.3), 333-342. Recuperado el 27 de abril de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006

Menéndez Guerrero, G. E., Navas Cabrera, I., Hidalgo Rodríguez, Y., & Espert Castellanos, J. (julio - septiembre de 2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, vol.38 (no.3), 333-342. Recuperado el 27 de abril de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006

MISPAS. (06 de MAYO de 2014). *GUÍA DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN GUATEMALA*. Obtenido de OPS GUATEMALA: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=618-guia-de-prevencion-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-guatemala&Itemid=518

Molina, X. (2016). *Familias tóxicas: 4 formas en las que causan trastornos mentales*. Obtenido de Psicología y mente: <https://psicologiaymente.com/clinica/familias-toxicas-trastornos>

Mora Cancino, A. M., & Hernández Valencia, M. (Junio de 2015). Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatología y Reproducción Humana*, 29(2), 76 - 82. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rprh.2015.05.004>

National Institute on Drug Abuse. (septiembre de 2004). *National Institute on Drug Abuse*. Obtenido de National Institute on Drug Abuse: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/como-prevenir-el-uso-de-drogas/capitulo-1-los-factores-de-riesgo-y-los-factores-de-proteccion/cuales-son-los-fa>

NCI. (1 de marzo de 2019). *Instituto Nacional del Cáncer*. Obtenido de Instituto Nacional del Cáncer: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/germenes-infecciosos/vph-y-cancer>



NIMH. (octubre de 2010). *National Institute of Mental Health*. Obtenido de National Institute of Mental Health: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp/depression_sp_quad_508_In_12_23_10_141885.pdf

NOM-028-SSA2-1999. (21 de JUNIO de 1999). *NOM-028-SSA2-1999: Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. Obtenido de Secretaria De Salud: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html>

Observatorio Epidemiológico de Adicciones. (Enero de 2004). *Observatorio Epidemiológico de Adicciones*. Obtenido de www.eudap.net: <https://www.eudap.net/PDF/spain.pdf>

OMS. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. España: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Obtenido de Organización Mundial de la Salud.

OMS. (Diciembre de 2013). *www.who.int*. Obtenido de https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

OMS. (Mayo de 2017). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/features/factfiles/violence/en/>

OMS. (22 de marzo de 2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

OMS. (19 de julio de 2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

OMS. (13 de diciembre de 2018). *ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD*. Obtenido de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

OMS. (Diciembre de 2018). *www.who.int*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

OMS. (14 de JUNIO de 2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))



OMS. (2019). *www.who.int*. Obtenido de *www.who.int*:
<https://www.who.int/suggestions/faq/es/>

OMS, Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. (2001). *PREVENCIÓN DEL SUICIDIO: UN INSTRUMENTO PARA DOCENTES Y DEMÁS PERSONAL INSTITUCIONAL*. Obtenido de https://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud:
<https://www.who.int/topics/violence/es/>

Percastegui, I., Tamayo D. y Tapia, P.D. (2014). Comparación d mapas mentales y hexagramas con el uso de testimonio real como estrategia de aprendizaje para la prevención de adicciones en alumnos de secundaria del municipio de Nezahualcóyotl. [Tesis] para obtener el grado de licenciado en Enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, México.

Perea Quesada, R. (2004). *La educación para la dalus, reto de nuestro tiempo*. Madrid: Diaz de Santos.

Pérez Corona, G. (4 de Septiembre de 2018). Newsweek México. *Consumo de drogas en México inicia entre los 12 y los 17 años*.

Pimienta Prieto , J. H. (2007). *Metodología constructivisa, guía para la planeación docente*. México: Pearson.

Pinheiro, P. S. (2010). *INFORME MUNDIAL SOBRE LA VIOLENCIA CONTRA LOS NIÑOS Y NIÑAS*. Informe mundial, México. Recuperado el 9 de marzo de 2019, de https://www.unicef.org/mexico/spanish/Informe_Mundial_Sobre_Violencia.pdf

Placeres Hernández, J. F., Olver Moncayo, D. H., Rosero Mora, G. M., Urgilés Calero, R. J., & Abdala-Jalil Barbadillo, S. (2017). La familia homoparental en la realidad y la diversidad familiar actual. *Revista Médica Electrónica*.

Rivera M., & Fuentes A., (2016). Impacto del programa de inteligencia emocional en adolescentes sobre factores de riesgo para vivir adicciones y bullying. (Tesis). UNAM Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Los Reyes Iztacala, Estado de México



Rodríguez Naranjo , C., & Caño González, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 389-403.

Romagnoli, C. K. (2015). *La familia y su rol en la prevención de conductas de riesgo: Factores protectores*. Centro de Recursos VALORAS.

Rosabal García, E., Romero Muñoz, N., & Gaquín Ramírez, K. (2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 218-229.

Sáez García, I. (octubre de 1992). *El adolescente de alto riesgo y primeras causas de mortalidad*. Obtenido de El adolescente de alto riesgo y primeras causas de mortalidad:

<http://wgbis.ces.iisc.ernet.in/energy/HC270799/HDL/spanish/1h004s/1h004s04.htm>

Secretaría de Salud. (26 de marzo de 2015). *Prevención, Detección y Consejería en Adicciones Para Adolescentes y Adultos en el Primer Nivel de Atención*. (C. N. Salud, Ed.) Obtenido de Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/023_GPC_Adicciones1erNivel/SSA_023_08_GRR.pdf

Secretaría de Salud. (2006). *Informe Nacional sobre Violencia y Salud*. Ciudad de México: Salud. Obtenido de UNICEF México: https://www.unicef.org/mexico/spanish/proteccion_6932.htm

Seelbach González, G. A. (2013). *Teorías de la personalidad*. Estado de México: Red tercel milenio S.C. Obtenido de http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/Psicologia/Teorias_de_la_personalidad.pdf

Senado de la República. (diciembre de 2012). Senado de la República, LXIV Legislatura, Primer Año de Ejercicio. *PROGRAMA DE TRABAJO DE LA COMISIÓN DE ATENCIÓN A GRUPOS VULNERABLES*. México. Obtenido de http://www.senado.gob.mx/comisiones/atencion_grupos/docs/Programa1_LXII.pdf

SEPIMEX. (10 de diciembre de 2014). *Blog SEPIMEX*. Obtenido de Blog SEPIMEX: <https://sepimex.wordpress.com/2014/12/10/que-funcion-tienen-las-emociones/>

Tapia Pancardo, D. C., Villalobos Molina, R., Cadena Anguiano, J. L., & Ramírez Estrada, J. F. (2017). *Inteligencia emocional y adolescencia*. Estado de México: FES Iztacala.



Tapia Pancardo, D. C., Villalobos Molina, R., Ostiguín Meléndez, R. M., Cadena Anguiano, J. L., & Ramírez Estrada, J. F. (2018). *Educación, tecnología y salud para adolescentes: modelos de pensamiento, aprendizaje, emociones y prevención de uso y abuso de sustancias adictivas*. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Obtenido de <https://ru.iztacala.unam.mx/items/show/642>

Tapia Pancardo, D. C., Villalobos Molina, R., Valera Mota, M. M., Cadena Anguiano, J. L., Ramírez Estrada, J. F., Guzmán Vázquez, O. d., . . . Ortiz Pérez, D. M. (2016). *Adicciones en el adolescente; Prevención y atención desde un enfoque holístico*. Estado de México: FES IZTACALA UNAM.

UNAM. (7 de Septiembre de 2004). *Enfermedades mentales: cuando las voces imaginarias y los fantasmas se vuelven reales*. Obtenido de Gaceta Biomédicas, Instituto de Investigaciones: http://www2.biomedicas.unam.mx/gaceta/presenta_gaceta.asp?fecha=07/09/2004

UNICEF. (2015). *Protocolo de Actuación en Situaciones de bullying* (1ra ed.). San Jose, Costa Rica: Ministerio de Educación pública. Obtenido de <https://www.unicef.org/costarica/Documento-Protocolo-Bullying.pdf>

UNICEF. (2017). *SUICIDIO: Comunicación, infancia y adolescencia: Guías para periodistas*. Obtenido de UNICEF: https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/COM-5_Suicidio_Interior_WEB.pdf

UNICEF. (s.f.). *UNICEF México*. Obtenido de UNICEF México: https://www.unicef.org/mexico/spanish/proteccion_6932.htm

Unidad Editorial Revistas, S.L. (3 de Febrero de 2019). *cuidate plus*. Obtenido de <https://cuidateplus.marca.com/familia/adolescencia/diccionario/drogas-adolescentes.html>

Universidad de California San Diego. (enero de 2016). *Manual MSD Versión para profesionales*. Obtenido de Manual MSD Versión para profesionales: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/enfermedades-infecciosas/enfermedades-de-transmisi%C3%B3n-sexual-ets/tricomoniasis>

Veytia López, M., González Arratia López Fuentes, N. I., Andrade Palos, P., & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, 37- 43.



Villatoro Velázquez , J. A., Medina Mora Icaza , M., Fleiz Bautista , C., Téllez-Rojo, M. M., Mendoza Alvarado , L. R., & Romero Martínez, M. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz/Secretaría de Salud.

Villatoro Velázquez, J. A., del Campo Sánchez, R. M., Medina Mora Icaza, M., & Nanni Alvarado, R. (2015). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas*. México: Secretaría de Salud.

Villatoro Velázquez, J. A., Medina-Mora Icaza, M., Hernández Ávila, M., Gutiérrez, J. P., Franco Núñez, A., Reynales Shigematsu, L. M., . . . Mosqueda Ventura, M. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017; Reporte de Drogas*. México: Secretaría de Salud.

VIU. (21 de 03 de 2018). *Los distintos tipos de inteligencia emocional*. Obtenido de Universidad Internacional de Valencia: <https://www.universidadviu.com/los-distintos-tipos-de-inteligencia-emocional/>



ANEXOS

A. CARTA CONSENTIMIENTO

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:
AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN PROGRAMA EDUCATIVO
“PREVENCIÓN DE ADICCIONES Y BULLYING BASADOS EN INTELIGENCIA
EMOCIONAL”**

Estimado estudiante:

Tenemos el agrado de informarte que el Programa Educativo se realizará con la finalidad de mejorar y reforzar los conocimientos acerca de los riesgos característicos de la etapa de desarrollo en la que te encuentras.

Antes de decidir si participas o no, debes estar al tanto de cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como Consentimiento Informado. Siéntete con absoluta libertad y confianza para preguntar sobre cualquier aspecto que te ayude a aclarar dudas al respecto.

Una vez que hayas comprendido el estudio y si deseas participar, entonces se te pedirá que firmes esta forma de consentimiento informado.

Justificación del Estudio

El presente estudio se hace conforme la Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-019-SSA3-2012, La cual dictamina las competencias para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, en conjunto con la NOM-009-SSA2-2013, Para la Promoción de la salud escolar; que atiende a los problemas de salud identificados, y la PROY-NOM-031-SSA2-2014, Para la atención a la salud de la infancia. (Entre otras normas).

Objetivos de estudio

El estudio tiene por objeto implementar acciones anticipatorias e integrales, orientadas a formar en niños, niñas, jóvenes y adolescentes entornos favorables a la salud.

Beneficios del estudio



Este estudio te ayudará a tener un mejor entendimiento de los factores de riesgo que están involucrados a lo largo de tus etapas de desarrollo. Se abordarán en él temas que mencionan la importancia de nuestras emociones y el impacto que tienen en la toma de decisiones, la identificación de los distintos factores de riesgo que tenemos cada uno de nosotros, los cuales nos hacen propensos a desarrollar conductas de riesgo, o bien pueden constituir para nosotros factores protectores. Trataremos temas de conflictos que actualmente presenciamos como lo son el bullying y las adicciones y buscaremos estrategias para que tú comprendas lo importante que eres, desarrolles tu inteligencia emocional y disfrutes de la experiencia que es tu vida, pues eres tú quien escribe la historia.

Procedimiento del Programa Educativo

Si aceptas participar en el Programa Educativo se realizarán las siguientes actividades:

1. Se te solicitará que elijas un pseudónimo, con el cual te identificarás a lo largo del curso en tus respuestas escritas. Esto con el fin de proteger tu identidad, pues los temas que tratemos durante las sesiones serán de carácter confidencial.
2. Te pediremos que seas sincero y que confíes en el equipo de trabajo, pues este programa ha sido diseñado para ti, porque te queremos y queremos influir de manera positiva en tu vida.
3. Se realizarán actividades de integración grupal, ya que no estamos solos en este mundo, es apropiado mantener y desarrollar efectivos canales de comunicación en nuestras relaciones sociales.

Sin más por el momento y esperando que no existan dudas ni preguntas acerca de tu participación, siéntete con la total libertad de firmar o rechazar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:
AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN PROGRAMA EDUCATIVO
“PREVENCIÓN DE ADICCIONES Y BULLYING BASADOS EN INTELIGENCIA
EMOCIONAL”**

Yo _____ estudiante de ____° de secundaria,
con edad de _____. Estoy de acuerdo en participar en el estudio de “Prevención de
adicciones y bullying basados en Inteligencia emocional” dirigido por las pasantes
de enfermería:

P.S.S.: Gorostieta Tapia Edna Patricia

P.S.S.: Hernández Cruz Alma Beatriz

P.S.S.: Ibarra Hernández Karina

Y asesorado por la Doctora: Tapia Pancardo Diana Cecilia a cargo del programa
PAPIME 301118, en el periodo de 6 días que comprende los días 11, 12, 13, 14,
15, y 19 de marzo del año 2019 dentro de la institución Educativa Escuela
Secundaria.

Se me ha informado que la participación es voluntaria y de no aceptar me retiraré
del estudio cuando yo lo consideré, los datos que brindé no serán utilizados con
fines de lucro, solo académicos.

Aclarando dudas y preguntas sobre el programa, autorizo su realización.

Firma

Pseudónimo



B. EVIDENCIAS

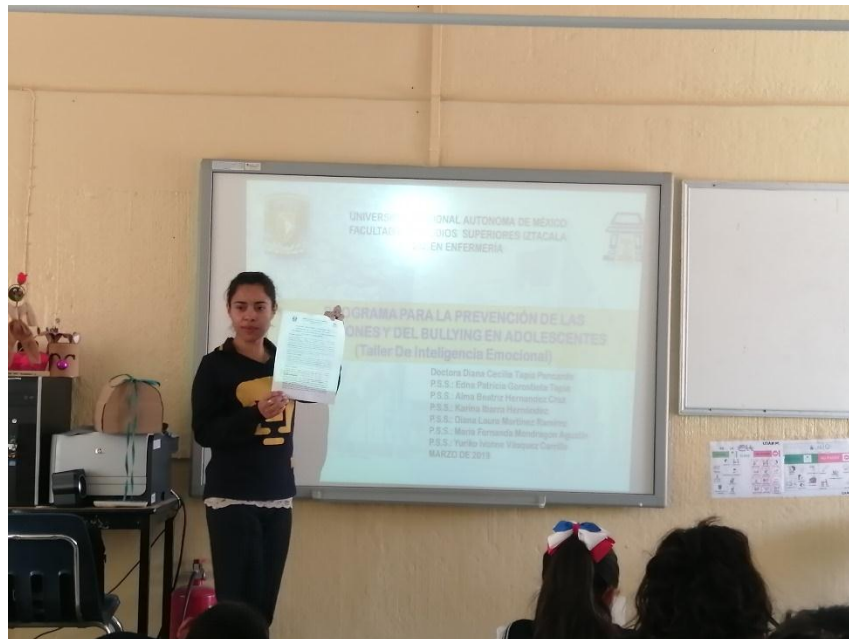


Figura I. Día 1. Presentación del consentimiento informado



Figura II. Día 1. Actividad de cien pies



Figura III. Día 1. Actividad de cien pies



Figura IV. Día 2. Elaboración de frascos de emociones



Figura V. Día 2. Elaboración de frascos de emociones



Figura VI. Día 3. Actividad de paleta



Figura VII. Día 4. Concurso de flores