



UNIVERSIDAD NACIONAL
de MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN PSICOLOGÍA

**DISEÑO Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA
DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA
PROMOVER EL DESARROLLO
SALUDABLE EN ADOLESCENTES**



DOCTORANDO: Lic. Juan M. Cingolani
DIRECTORA: Dra. Claudia E. Castañeiras

MAR DEL PLATA, 2014.



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Facultad de Psicología

Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología

**DISEÑO Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA
DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA
PROMOVER EL DESARROLLO
SALUDABLE EN ADOLESCENTES**

Doctorando: Lic. Juan M. Cingolani

Directora: Dra. Claudia E. Castañeiras

Mar del Plata, 2014

Esta Tesis Doctoral se desarrolló en el Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica -GIEPsi- de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Ha sido financiada a través de las Becas de Perfeccionamiento y Formación Superior -otorgadas por la Universidad Nacional de Mar del Plata (Resoluciones OCS N° 466/08 y N° 1295/11)-, y por el programa de becas para la finalización de tesis de posgrado para docentes de universidades nacionales (PROFITE) -otorgado por la Secretaría de Gestión y Coordinación de Políticas Universitarias, Ministerio de Educación de la Nación, convocatoria 2013-.

A Emi, por siempre

Agradecimientos

Muchas han sido las personas que me acompañaron para que pueda alcanzar este proyecto, *“y no morir en el intento”*.

Quiero agradecer en primer lugar a mi directora, Dra. Claudia Castañeiras, quien estuvo presente desde la formulación del proyecto -incluso antes-, hasta el último momento de la escritura. Valoro inmensamente sus aportes, orientación y generosidad, como así también el tiempo dedicado, su enorme paciencia y la total confianza que ha depositado en mí a lo largo de todos estos años.

A los integrantes del Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica -GIEPsi-: Claudia, Cristina Posada, Edgardo Filón, Paola Fasciglione, Aixa Galarza, Paz Sánchez Gallo, Silvina Grill, Belén Dematteis y Valeria Martínez Festorazzi. Por el permanente apoyo, sus consejos, escucha, comentarios, devoluciones, y por sobre todo, por los momentos de alegría compartidos y la amistad que supimos construir. Un especial agradecimiento a Paz y Aixa, quienes han leído, comentado y revisado atentamente este trabajo. Gracias por sus aportes, dedicación y disposición.

A Patricia Weissmann, Margarita Guarín y João Carlos Alchieri, quienes gestionaron la misión de estudios de doctorado a Natal (Brasil) en el marco del Programa CAFPA-BA. Un agradecimiento especial para mis tutoras, Eulalia Chávez y Luciana Carla. También a Soledad Sartori, y a Hannia Roberta Rodrigues Paiva da Rocha y Dudú Queiroz de Lima, quienes con tanto afecto y generosidad hicieron que mi estancia en el exterior constituyera un valioso aprendizaje para mi formación doctoral y personal.

A Cecilia Moreteau, Carlos Martínez, Silvia Mercere, Ramón Moyano, Manuel Paz, Alejandra, directivos a cargo de aquellas instituciones que generosamente “nos abrieron las puertas” para poder implementar esta novedosa propuesta de intervención, confiando en nosotros y valorando nuestro trabajo.

A Juan Gasques, quien permanentemente brindó su apoyo para difundir el taller entre los adolescentes, sosteniendo incondicionalmente este proyecto, aún en los momentos de mayor adversidad.

Por supuesto que a cada uno de los adolescentes que participaron del Programa. Agradezco inmensamente a todos esos curiosos que se acercaron, preguntaron, cuestionaron, confiaron, y tanto nos enseñaron. Han enriquecido de un modo inestimable este proyecto y mucho me han enseñado de la adolescencia como de la vida misma.

A Claudia y Aixa por acompañarme en la coordinación de cada uno de los grupos. Gracias por sostener esta tarea durante todos estos años, con tanto compromiso y amor.

A Graciela Bustos, Jorge Pellegrini y los grandes compañeros del Hospital de San Luis, quienes siempre me han apoyado a la distancia, contagiando la fuerza necesaria para encarar aquellas empresas que a veces se presentan como imposibles.

A Fiorella Persico, quien permitió que aquella idea de contar con un “bonito” *dossier* para los adolescentes, pudiese ser ampliamente lograda a través de los impecables Módulos diseñados. Agradezco su profesionalismo, dedicación, y por supuesto, su inmensa paciencia. Y a Andrés Gonda por su desinteresada colaboración, quien ha dejado su impronta en cada una de las viñetas diseñadas.

También a los alumnos, tesistas, docentes, investigadores y compañeros de la Facultad que se acercan con nuevas ideas, invitándome a renovar el interés y la pasión por esta actividad, en la búsqueda de nuevos desafíos.

Gracias a cada uno de mis amigos y amigas de la vida, por el amor y la confianza que nos une, y por saber entender mis largas ausencias en este último tiempo (en orden deliberadamente alfabético): Andrés Méndez Quiñonez, Belén Manetta, Emiliano Budroni, Joaco Correa, Leandro González, Lucía Gorricho, Mauro Terencio, Maxi Berutti, Nico Balmaceda, Noel Alewaertz, Pablo Bezzoni, Pachi Barral, y Rafa Blanco.

Por supuesto agradecer a los que “siempre” están, a mi familia. A mis viejos -Cristina y Marcelo-, y a Tincho, Lau y Lucerito. Por sus incansables sonrisas, palabras de aliento, consejos, tolerancias, escuchas. Por cuidarme y mimarme tanto. Y por sobre todo, por el incondicional e infinito amor, motores centrales de mi vida.

También a Ana y Jorge, Nacho y Lala, los tíos y primos. Por el aliento y el apoyo. Y a los que ya no están, por el intenso recuerdo de sentirlos tan presentes.

Y finalmente, a mi compañera de ruta. Mi más profundo agradecimiento a la mujer que le da un verdadero sentido a mi vida y me sostuvo (y sostiene) con tanto amor a lo largo de este camino. Gracias Flor por estar permanentemente a mi lado. Por todos nuestros proyectos, y para que nunca nos cansemos de soñar!

Índice de contenidos

AGRADECIMIENTOS	i
ÍNDICE DE TABLAS	iv
ÍNDICE DE FIGURAS	v
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO 1. JUSTIFICACIÓN, FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN EN EL TEMA	6
La adolescencia: Características evolutivas de una etapa vital signada por el cambio	7
Cambios físicos.....	9
Cambios psicológicos	9
Cambios sociales.....	10
Desarrollo adolescente: Elaboración de un guión personal.....	10
Diferentes perspectivas centradas en la salud.....	12
Factores de riesgo y protectores en la adolescencia	16
Consideraciones para un desarrollo saludable.....	18
CAPÍTULO 2. MARCO DE REFERENCIA Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN PARA UNA ADOLESCENCIA SALUDABLE.....	22
Adolescencia y desarrollo saludable.....	23
Afrontamiento.....	23
Regulación emocional.....	25
Comunicación y habilidades sociales	27
Autonomía, autoconcepto y autoeficacia.....	30
Bienestar psicológico.....	33
Propuestas de intervención para población adolescente.....	35
Propuestas de abordaje en América Latina.....	39
Dispositivos grupales e instituciones educativas	41
CAPÍTULO 3. PRINCIPIOS-GUÍA PARA EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL DIRIGIDO A ADOLESCENTES	45

Diseño y lógica del Programa de Intervención Psicosocial.....	46
Estructura y organización del PIPs-A.....	47
CAPÍTULO 4. APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	
.....	54
Objetivos e hipótesis del estudio	55
Objetivos específicos	55
Metodología.....	56
Diseño	56
Participantes.....	56
Procedimiento	58
Instrumentos de evaluación	62
Registro de datos	64
Cuestionario de Síntomas SA-45.....	64
Escala de Resiliencia RS-25	65
Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento Brief-Cope	66
Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales TMMS-24	67
Cuestionario de Dificultades Interpersonales en la Adolescencia CEDIA	68
Escala de Competencias Personales Percibidas COP.....	69
Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés EAEAE	69
Escala de Bienestar Psicológico PWBS	70
Escala de Satisfacción con la Vida SWLS	71
Entrevista grupal.....	72
CAPÍTULO 5. RESULTADOS	73
Objetivo 1	74
Objetivo 2	74
Análisis intergrupos (Grupo Intervención - Grupo Control).....	76
Medidas de línea base (control sintomático y resiliencia).....	76
Medidas analizadas en función de los principios-guía del PIPs-A.....	83
Principio-guía 1: Afrontamiento	83
Principio-guía 2: Regulación emocional	86
Principio-guía 3: Comunicación y habilidades sociales.....	87
Principio-guía 4: Autonomía	88

Análisis intragrupos (Grupo Intervención)	89
Medidas de línea base (control sintomático y resiliencia).....	89
Medidas analizadas en función de los principios-guía del PIPs-A.....	92
Principio-guía 1: Afrontamiento	92
Principio-guía 2: Regulación emocional	96
Principio-guía 3: Comunicación y habilidades sociales.....	96
Principio-guía 4: Autonomía	99
Objetivo 3	100
Medidas de impacto indirecto (bienestar psicológico y satisfacción vital)	100
Entrevistas grupales de evaluación	103
Principio-guía 1: Afrontamiento.....	104
Principio-guía 2: Regulación emocional	104
Principio-guía 3: Comunicación y habilidades sociales.....	105
Principio-guía 4: Autonomía	106
Valoración general acerca del PIPs-A	106
Síntesis de los resultados	108
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	109
Discusión	110
Conclusiones.....	117
Dificultades y limitaciones	118
Perspectivas futuras	119
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	120
ANEXOS.....	142
Anexo 1. Agenda de trabajo para cada encuentro	143
Anexo 2. <i>Dossier</i>	167
Anexo 3. Consentimiento informado – padres y/o tutores	209
Anexo 4. Protocolo de evaluación	211

Índice de tablas

Tabla 1. Habilidades para la vida	20
Tabla 2. Estructura general del PIPs-A	53
Tabla 3. Composición de los grupos (GI y GC)	57
Tabla 4. Características socio-descriptivas de la muestra	58
Tabla 5. Adolescentes inscriptos y participantes efectivos en el PIPs-A	61
Tabla 6. Puntuaciones medias pre-post y seguimiento en las dimensiones de síntomas en el GI y GC.....	77
Tabla 7. Diferencia de medias para los ítems de las dimensiones de la SA-45	79
Tabla 8. Puntuaciones medias pre-post y seguimientos en las dimensiones de resiliencia en el GI y GC.....	80
Tabla 9. Hábitos y conductas de salud del GI y GC en el momento pre-intervención....	81
Tabla 10. Puntuaciones medias pre-post y seguimiento en las dimensiones de afrontamiento en el GI y GC.....	84
Tabla 11. Puntuaciones medias pre-post y seguimiento en afrontamiento según método y foco en el GI y GC	85
Tabla 12. Puntuaciones medias pre-post y seguimiento en regulación emocional en el GI y GC	87
Tabla 13. Puntuaciones medias pre-post y seguimiento en dificultades interpersonales en el GI y GC	88
Tabla 14. Puntuaciones medias pre-post y seguimiento en competencias personales y autoeficacia en el GI y GC.....	88
Tabla 15. Puntuaciones medias pre-post y seguimiento en las dimensiones de bienestar psicológico y satisfacción con la vida en el GI y GC.....	101

Índice de figuras

Figura 1. Modelo de desarrollo positivo adolescente	37
Figura 2. Características del PIPs-A: Secuencia y contenidos de los encuentros	49
Figura 3. Características del PIPs-A: Organización general y agenda de trabajo.	51
Figura 4. Medidas incluidas para la evaluación del PIPs-A	63
Figura 5. Situaciones problemáticas vividas en el transcurso del último año	82
Figura 6. Situaciones positivas importantes vividas en el transcurso del último año	82
Figura 7. Análisis de medidas repetidas en las dimensiones de control sintomático en el GI.....	91
Figura 8. Análisis de medidas repetidas en las dimensiones de resiliencia en el GI.....	92
Figura 9. Análisis de medidas repetidas en las dimensiones de afrontamiento en el GI.....	94
Figura 10. Análisis de medidas repetidas en las dimensiones de regulación emocional en el GI.....	96
Figura 11. Análisis de medidas repetidas en las dimensiones de dificultades interpersonales en el GI.....	97
Figura 12. Valoración de las relaciones con la familia del GI en los distintos momentos.....	98
Figura 13. Valoración de las relaciones con los amigos del GI en los distintos momentos.....	98
Figura 14. Valoración de las relaciones con los compañeros del GI en los distintos momentos.....	99
Figura 15. Análisis de medidas repetidas en las dimensiones competencias personales y autoeficacia en el GI	100
Figura 16. Análisis de medidas repetidas en las dimensiones de bienestar psicológico en el GI	103

Diseño y evaluación de un programa de intervención psicosocial para promover desarrollo saludable en adolescentes

Resumen

A partir de la década del '60 cobran relevancia una serie de desarrollos teóricos y aplicados que, desde un modelo salugénico, enfatizan la importancia de las diferencias individuales y el papel activo de las personas en sus constantes interacciones con el entorno. Surgen en este contexto estudios orientados a la promoción de la salud que señalan a la adolescencia como etapa clave para la implementación de propuestas, dada su importancia para el desarrollo y expresión de las potencialidades físicas, psicológicas, sociales y culturales. Si bien se registran trabajos en otras regiones sobre la aplicación y evaluación de programas, en Argentina no se han reportado estudios controlados que evalúen la eficacia de propuestas dirigidas a este tipo de objetivos para población adolescente. La tesis doctoral que se presenta tuvo por objetivo el diseño, la aplicación y evaluación de un programa de intervención psicosocial para promover desarrollo saludable en adolescentes con edades comprendidas entre los 15 y 18 años. En una primera fase se elaboró un protocolo breve y estructurado a partir de cuatro principios generales que se seleccionaron por su relevancia y participación en la dinámica psicoevolutiva de los jóvenes: a) afrontamiento adaptativo, b) regulación emocional, c) comunicación y habilidades interpersonales, y d) autonomía. Posteriormente se procedió a la aplicación y evaluación del programa en dispositivo grupal. La investigación se basó en un diseño cuasi-experimental con evaluaciones pre-post y seguimiento, y grupo control. Participaron del estudio 104 adolescentes, organizados en 10 grupos. Los resultados obtenidos indicaron efectos positivos luego de la intervención en todas las variables analizadas.

Palabras clave: ADOLESCENCIA - PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL -
MODELO SALUGÉNICO

Design and assessment of a psychological intervention program to promote a healthy
development in adolescents

Abstract

Since the '60, a series of theoretical and applied developments, which from a salutogenic model emphasized the importance of individual differences and the active role of people in their constant interactions with the environment, have become relevant. In this context, studies oriented to the promotion of health have been published. They identify adolescence as a key age for implementing proposals, given its importance in the development and the expression of physical, psychological and social potentialities. While there are papers on the application and assessment of programs in other regions, in Argentina controlled studies that evaluate the efficacy of proposals addressed to this kind of goals for the adolescent population have not been reported. This doctoral dissertation was aimed at the design, implementation and assessment of a psychological intervention program to promote healthy development in adolescents between 15 and 18 years. In a first phase, a brief and structured protocol was designed based on four general principles selected for their relevance and participation in the psycho evolutionary dynamics of adolescents: a) adaptive coping, b) emotional regulation, c) communication and interpersonal skills, and d) autonomy. Then, the implementation and evaluation of the program were carried out in a group manner. The research was based on a quasi-experimental design with pre-post and follow-up assessments, and control group. 104 adolescents participated, organized in 10 groups. Results show positive effects in the adolescents that participated in the program after the intervention in all the studied variables.

Keywords: ADOLESCENCE - PSYCHOLOGICAL INTERVENTION PROGRAM - SALUTOGENIC MODEL

Introducción

La adolescencia es definida como una etapa de intensos cambios biológicos, psicológicos y sociales en la cual se consolidan las características estructurales y dinámicas del patrón de funcionamiento personal, y se sientan las bases para la vida adulta. Si bien durante los últimos años se ha avanzado en el diseño de propuestas orientadas a un desarrollo adolescente saludable, es escasa la producción de trabajos que analicen de modo sistemático su eficacia, sobre todo en el contexto latinoamericano y argentino. En esta línea, esta Tesis Doctoral tuvo por objetivo diseñar, aplicar y evaluar un programa de intervención psicosocial para promover desarrollo saludable en adolescentes con edades comprendidas entre los 15 y 18 años.

En cuanto al diseño del programa estructurado, breve y específicamente dirigido a la promoción de competencias personales para favorecer un desarrollo saludable, se definieron cuatro principios generales que organizan la dinámica adolescente y se orientan a potenciar un funcionamiento positivo al actuar como fuente de protección y reducir el impacto de factores de riesgo en los adolescentes.

Esta presentación se organiza en 6 capítulos: 1) justificación, fundamentación teórica y antecedentes de investigación en el tema; 2) marco de referencia y propuestas de intervención para una adolescencia saludable; 3) principios-guía para el diseño de un programa de intervención psicosocial dirigido a adolescentes. Los tres capítulos restantes corresponden al estudio empírico realizado, a saber, 4) aplicación y evaluación del programa de intervención; 5) resultados; y 6) discusión, conclusiones y perspectivas futuras.

En el primer capítulo se presenta la justificación de este estudio y la fundamentación teórica, y los antecedentes de investigación en el tema. Se define la adolescencia y se presentan las características evolutivas de esta etapa vital. Se desarrollan los principales aspectos referidos a los cambios físicos, psicológicos y sociales, y su impacto en elaboración del guión personal. Luego se revisan diferentes perspectivas en psicología centradas en la

salud, como el modelo salugénico y la psicología positiva, que contempla los aportes y recomendaciones registradas en la literatura para un desarrollo saludable. Por último, se definen los factores de riesgo y protectores, y su influencia en las dimensiones emocional, cognitiva y vincular del funcionamiento adolescente.

El segundo capítulo presenta el marco de referencia y las diferentes propuestas de intervención relevadas en el tema. Se definen y desarrollan los principales contenidos a partir de los cuales se organizó el diseño del programa: afrontamiento; regulación emocional; comunicación y habilidades sociales; y autonomía. Posteriormente, se exponen las principales características del concepto de bienestar psicológico. También se presentan las intervenciones en adolescencia que aporta la literatura a nivel internacional, latinoamericano y nacional.

Los principios que guiaron el diseño del programa de intervención psicosocial dirigido a adolescentes se presentan en el tercer capítulo. Se expone el diseño y la lógica del Programa de Intervención Psicosocial para Adolescentes -PIPs-A-. Se describe la agenda de trabajo para cada uno de los encuentros, se detallan los objetivos, su estructura, duración, frecuencia, contenidos y condiciones de aplicación.

En el cuarto capítulo, denominado aplicación y evaluación del programa de intervención, se detallan los objetivos e hipótesis de estudio, y se describe la metodología utilizada para evaluar la intervención.

El quinto capítulo se ocupa del análisis de los datos y del informe de los resultados obtenidos.

Finalmente, en el sexto capítulo se discuten los resultados de la investigación, se exponen las conclusiones y las perspectivas futuras, y se analizan el alcance y las limitaciones del estudio.

Luego se incorporan las referencias bibliográficas y los anexos de la investigación. El primero corresponde a la agenda de trabajo de los coordinadores para cada encuentro. En el

siguiente se presenta el *dossier*, que incluye los módulos elaborados para organizar los contenidos de la aplicación. El tercer anexo contiene el modelo de consentimiento informado utilizado, y por último, el anexo con el protocolo de evaluación empleado.

CAPÍTULO 1

JUSTIFICACIÓN, FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN EN EL TEMA

La adolescencia: Características evolutivas de una etapa vital signada por el cambio

La adolescencia representa una etapa del desarrollo que se corresponde con la pubertad y en la que se consolida la transición de la niñez a la juventud. Si bien la pubertad -entendida como el conjunto de cambios físicos que capacitan para la reproducción- es fundamentalmente un hecho biológico y universal, la adolescencia representa claramente un fenómeno psicosociológico (Berger, 2007; Contini de González, 2006; Facio, Resett, Mistrorigo & Micocci, 2006). El devenir adolescente no se refiere a un estado natural, sino a una construcción social, y por lo tanto no es una categoría fija ni ajena a los profundos y acelerados cambios que viven las sociedades en el mundo contemporáneo. El desarrollo de la adolescencia será variable, pues su evolución dependerá en gran medida del modo en que cada individuo experimente este período de la vida (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2011).

Existen diversos criterios para establecer las edades que comprende esta etapa. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la adolescencia se extiende desde los 10 a los 20 años, y según algunas teorías psicológicas este rango varía entre los 10-12 y los 22-24 años, aunque para otros autores se prolonga hasta los 29 años (Coppo, Maristany & Martínez, 2008). De todos modos, si bien hay consenso en que su comienzo está marcado principalmente por cambios biológicos, por transformaciones fisiológicas y físicas; su finalización responde fundamentalmente a cambios psicoemocionales y sociales (Garaigordobil, 2008). No obstante, a pesar de las distintas posiciones que se registran al respecto, los especialistas actualmente consideran como inicio de este período el momento en que se atraviesan los cambios puberales (11-12 años), y como criterio de finalización la mayoría de edad, momento en que el adolescente adquiere la emancipación legal. Bonilla y Galdámez (2013) consideran los 21 años como edad legal de la madurez y del final de la

adolescencia. Datos aportados por la OMS (2011) indican que a nivel internacional, una de cada cinco personas es adolescente, y que el 85% habita en países en vías de desarrollo.

La adolescencia ha sido diferenciada en tres etapas (Coppo et al., 2008): *adolescencia temprana* (12 a 14 años) -en la que se producen la mayor parte de los cambios físicos y biológicos que se mantendrán durante toda la adolescencia-, *adolescencia media* (15 a 17 años) -caracterizada por bruscos y frecuentes cambios del estado de ánimo-, y *adolescencia tardía* (18 a 21 años) -etapa en la que tiende a aumentar la autonomía y se logra mayor estabilidad emocional, aunque en ocasiones también puede implicar un aumento de conductas de riesgo- (Arnett, 1999).

Asimismo, a partir de los desarrollos conceptuales que se dedican a la evaluación adolescente se han propuesto dos modelos (Ávila Espada, Jiménez-Gómez & González Martínez, 1996). El primero se relaciona con los tradicionales enfoques de la psicología centrados en el estudio de la patología, que sostienen una concepción de la adolescencia como etapa de crisis en la que se reestructura la personalidad. El segundo modelo, compatible con las perspectivas más contemporáneas, entiende que si bien la adolescencia constituye un período de inestabilidad emocional propio de los cambios evolutivos acontecidos, no necesariamente resulta una condición patológica.

Los estudios actuales adoptan un *enfoque biopsicosocial* al tratar de definir las relaciones recíprocas e interactivas de los cambios hormonales con otros aspectos del desarrollo cognitivo, emocional, conductual e interpersonal (Alonso Fernández, 2005). En este sentido, actualmente se define la adolescencia como una etapa vital caracterizada por cambios sustanciales en el nivel físico, psicológico y social que provocan intensas transformaciones en la interacción con el entorno familiar, social y cultural (Contini de González, 2006).

A continuación se presentan las características predominantes en cada uno de estos niveles:

Cambios físicos

En la adolescencia se producen una serie de cambios biológicos que incluyen el crecimiento y desarrollo de los órganos sexuales así como los cambios continuos en la forma y tamaño del cuerpo (Frydenberg, 1997; Marti, 2005; Petersen & Taylor, 1980). Aparecen los caracteres sexuales secundarios y aumenta la potencialidad de la fuerza. Estos cambios que se inician en la pubertad y continúan durante la adolescencia son acompañados por procesos psicológicos y sociales de intensidad variable.

Las transformaciones corporales suelen ser causa de preocupación para los adolescentes. El físico y la apariencia son aspectos que desempeñan un importante papel en la vida del adolescente y su esquema corporal (Coleman & Hendry, 2003).

Cambios psicológicos

También se observan cambios en el desarrollo intelectual y afectivo. Se consolidan las estructuras de reversibilidad operatoria que posibilitan el procesamiento de la información sobre la base de una red de acciones interiorizadas, y se desarrolla la capacidad de razonar en términos proposicionales y de resolver problemas abstractos (Piaget, 1970).

Los cambios psicológicos se presentan fundamentalmente en el plano de las emociones, en la riqueza y complejidad de los signos y registros emocionales que manejan los adolescentes, y en la diversificación del lenguaje gestual. Estas modificaciones en los patrones de significación le demandan al adolescente una serie de operaciones y ajustes, que implican cambios en las relaciones interpersonales, básicamente en las actitudes de los otros (padres, docentes, pares), elementos que pueden colaborar u obstaculizar el proceso de cambio a través de conductas confirmatorias o disconfirmatorias (Fernández Álvarez, 1992).

Cambios sociales

Los cambios evolutivos propios de esta etapa se ven acompañados por modificaciones en la naturaleza de los contextos sociales -de pertenencia y referencia- en los que el adolescente participa, así como en los roles socialmente definidos que se espera que desempeñe en cada uno de estos contextos (Brown, 1990; Entwisle, 1990; Furstenberg, 1990; citados en Alonso Fernández, 2005). Se produce un desplazamiento de la referencia del grupo primario y la influencia de la familia, al grupo secundario de los pares. Y, es justamente en esta dinámica que las relaciones familiares constituyen un pilar importante para el adolescente, ya que pueden facilitar o dificultar la construcción de significados necesarios para el desarrollo de la autonomía (Alonso Fernández, 2005; Musitu, Buelga, Lila & Cava, 2001).

Los grupos de pares adquieren especial importancia en este período, dado que los adolescentes comienzan a compartir más tiempo y actividades con ellos, y se constituyen así nuevos espacios de contención afectiva. Al mismo tiempo, en esta etapa se produce un acercamiento progresivo hacia las relaciones románticas y de intimidad, lo que implica un cambio en los modelos de relaciones, y la posibilidad de construir un proyecto de mayor autonomía y transitividad (Coppo et al., 2008).

Desarrollo adolescente: Elaboración de un guión personal

La adolescencia es una etapa evolutiva con entidad propia. Se trata de un período de transición y de pasaje entre la infancia y la vida adulta. Las demandas propias de este tiempo organizarán la experiencia de tal forma que construya una realidad en donde le sea posible definirse a sí mismo como un ser capaz de generar un guión personal, y establecer un proyecto, meta u objetivo para la vida (Facio et al., 2006).

Desde una perspectiva evolutiva, la necesidad de autonomía es uno de los cambios más importantes que tiene lugar en la adolescencia. En esta etapa se consolida la identidad y la

capacidad de estructurar un guión personal, y de actuar en favor de su cumplimiento. Si bien los aspectos referidos a la autonomía ya se expresan desde la infancia, será recién a partir de la adolescencia que estarán dadas las condiciones para que el joven asuma una posición de protagonismo con respecto a su vida, y adquiera confianza para emprender con responsabilidad decisiones vitales. La capacidad para elaborar este guión y poder cumplirlo será la prueba de haber podido resolver las exigencias de esta etapa (Fernández Álvarez, 1992).

La autonomía puede ser abordada a partir de tres dimensiones (Centellas Albert et al., 2007). La *autonomía cognitiva* da cuenta del grado en que la persona es capaz de desarrollar criterios propios, al utilizar su razonamiento para resolver problemas morales, políticos o sociales. Este aspecto cognitivo integra una postura individual que resiste la presión ejercida por las opiniones de los padres y del grupo de amigos, favoreciendo el desarrollo y consolidación de un criterio personal. La *autonomía emocional* supone una redefinición de los vínculos afectivos parentales, implica la habilidad de manejar los propios sentimientos y emociones, de discriminarlos entre ellos y de utilizar esta información para guiar los pensamientos y las acciones personales. Por último, la *autonomía conductual* implica un proceso de aprendizaje en la toma de decisiones durante el cual el adolescente se empieza a definir en distintos ámbitos significativos para él y acepta progresivamente la responsabilidad sobre sus actuaciones. Esta dimensión conductual se afianza y manifiesta en un sentimiento subjetivo de autoconfianza que lo impulsa a tomar decisiones autónomas.

En síntesis, el adolescente tendrá que responder a las demandas y necesidades -internas y externas- realizando las operaciones necesarias para significar su experiencia como sujeto activo, con un sentimiento progresivo de independencia y responsabilidad por sus actos (Coppo et al., 2008). La mayor parte de los adolescentes toman decisiones que impactarán en su futuro: definen la elección vocacional, intentan organizar un posible proyecto de vida y

adoptan creencias, actitudes, expectativas y modos de comportamiento perdurables en la vida. Se consolida en esta etapa el proceso de internalización de pautas culturales y se perfeccionan la adquisición de habilidades técnicas, comunicativas y sociales en general (Garaigordobil, 2008). Como ya señalara Erikson (1968), la identidad de los adolescentes se consolida estableciendo y organizando sus habilidades, necesidades, intereses y deseos en relación al contexto social en el que se desarrollan.

Así, en esta transición cobran fundamental importancia las demandas y restricciones ambientales, los objetivos que el individuo desea lograr, los planes para alcanzarlos y los recursos que dispone (Morris, 1997). Pero esta etapa de cambio puede volverse crítica si no se dispone de herramientas personales para afrontarla. Resulta necesario e importante determinar las diferencias individuales a partir de las cuales los adolescentes ponen en marcha los recursos disponibles, dan sentido a su experiencia y manejan situaciones de tensión y adversidad.

Para analizar este proceso es necesario revisar las distintas perspectivas y enfoques teóricos que han abordado este fenómeno y han sentado las bases para conceptualizar una adolescencia saludable.

Diferentes perspectivas centradas en la salud

Tradicionalmente la psicología se ha orientado hacia el estudio y la comprensión de lo patológico y las enfermedades mentales, generando teorías sobre el funcionamiento mental y sus perturbaciones, y promoviendo diferentes abordajes terapéuticos para su tratamiento. Sin duda, los desarrollos basados en esta concepción de la experiencia humana centrada en la enfermedad y en la vulnerabilidad han supuesto un avance sustantivo. Pero como resultado del énfasis otorgado a los fenómenos psicopatológicos se produjo un importante sesgo con respecto a aquellas características consideradas positivas y promotoras de la salud y el

bienestar de los individuos (Castro Solano, 2010; Casullo, 2008; Poseck, 2006; Ryff & Keyes, 1995; Veenhoven, 1995).

A partir de la década del '60 se desarrollan una serie de investigaciones que enfatizan la importancia de las diferencias individuales y el papel activo de las personas en sus constantes intercambios con el entorno. Estos hallazgos fueron consolidando las bases de un *modelo salugénico*¹(Antonovsky, 1979, 1988; Gancedo, 2009), en el cual se destaca la naturaleza dinámica del proceso salud-enfermedad, y se plantea la necesidad de considerar la condición multidimensional de los estados saludables y patológicos en cuya determinación participan factores biológicos, sociales, ambientales, psicológicos, culturales y ecológicos. Ya la Declaración de Alma Ata (OMS-UNICEF) firmada en 1978 expresa que la salud es un derecho humano fundamental, y que su logro en el más alto grado posible constituye un objetivo social muy importante en todo el mundo.

La salud desde una perspectiva psicosocial no se reduce a la ausencia de enfermedad, sino que supone algún grado de bienestar subjetivo, como por ejemplo un funcionamiento emocional equilibrado -bienestar afectivo-; una percepción del mundo y metas realistas -bienestar cognitivo-; una adecuada autonomía personal y autoestima -adaptación personal-; y una integración familiar y laboral -adaptación social- (Ibáñez Aguirre, 2004). Desde este enfoque se destaca entonces la importancia del contexto en el desarrollo evolutivo y personal ya que el mismo puede facilitar u obstaculizar las oportunidades de acceso a la salud, bienestar y desarrollo de los adolescentes (Leibovich de Figueroa, 2002).

La profundización en el análisis de la salud positiva, es decir, en la identificación y promoción de las condiciones individuales y sociales que le permiten a los sujetos el desarrollo y expresión de sus potencialidades físicas, psicológicas, sociales y culturales, favorece una integración cada vez mayor entre los conocimientos básicos de la ciencia

¹ En esta presentación se utiliza dicha denominación como sinónimo de modelo salutogénico, ambas traducciones del inglés *salutogenic model*.

psicológica y sus aplicaciones en el ámbito de la salud. De hecho, cobra relevancia el papel que juegan el estilo de vida y el ambiente social en la determinación de los estados más o menos saludables. En este marco se define la *promoción de la salud* como el conjunto de intervenciones provenientes de la psicología y otras disciplinas, cuyo objetivo no se reduce a aplicar medidas concretas para disminuir los factores de riesgo asociados a enfermedades específicas, sino que incluye capacitar a la población para aumentar el control de su salud y mejorarla, es decir, promover el potencial de salud (Pascual & Ballester, 1997).

En la década del '80 se destaca particularmente el interés por conocer las características de las personas que lograban adquirir competencias para la vida, a pesar de haber atravesado en su desarrollo situaciones y condiciones adversas que aumentaban el riesgo de presentar patología (Grotberg, 2006; Rutter, 2012). Los hallazgos de investigación en esta línea han dado lugar al surgimiento del concepto de *resiliencia*, y si bien actualmente aún no se cuenta con una definición unívoca de este constructo existe consenso en la inclusión de tres componentes esenciales para su delimitación: 1) la presencia de algún riesgo, trauma o adversidad, 2) la superación positiva del mismo, y 3) la relación dinámica de los mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales que influyen en el desarrollo humano.

Grotberg (2006) define la resiliencia como la capacidad humana para enfrentar experiencias adversas, sobreponerse a ellas y salir fortalecido o transformado. Asimismo, en la medida en que se logren conocer con mayor precisión las condiciones bajo las cuales se desarrollan los comportamientos resilientes (fundamentalmente en niños y adolescentes), será posible generar intervenciones orientadas a la prevención y promoción de la salud (Grotberg, 2006; Melillo, 2007; Rutter, 2012; Suárez Ojeda, 2005). Rutter (2012) destaca el rol activo que tienen los individuos frente a lo que les ocurre, y promueve un enfoque psicobiológico que señala la importancia de analizar la interacción persona-medio ambiente. Además, concluye que la resiliencia no está ligada únicamente a la fortaleza o vulnerabilidad

constitucional de las personas, sino que su adecuada comprensión incluye considerar el impacto de los estímulos estresores y su reacción frente a ellos. De este modo, se profundiza la observación de las condiciones que posibilitan un desarrollo saludable y positivo más que de las condiciones de riesgo para la salud física y mental de las personas.

En la línea de estos desarrollos, y con el objetivo de formalizar en términos científicos el estudio de las características y fortalezas personales que constituyen recursos saludables para una mejor vida, en el año 1998 se oficializa el surgimiento de la *psicología positiva*. Su objetivo supuso ampliar el foco de la psicología clínica más allá del sufrimiento y su consecuente alivio, teniendo en cuenta que el funcionamiento personal óptimo se manifiesta en múltiples niveles: experiencial, personal, relacional, institucional, social y global (Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005). Se destaca así la importancia de abordar el estudio del ser humano desde una perspectiva integradora que lo conciba como un agente activo que construye su propia realidad, al considerar que el significado de la buena vida -en todas sus posibles manifestaciones- emerge de este proceso.

La investigación empírica en este campo ha ampliado y enriquecido sin lugar a dudas la gama de las intervenciones. Existe suficiente evidencia para afirmar que determinadas características positivas y fortalezas humanas como el optimismo, la esperanza, la perseverancia o el valor, entre otras, actúan como factores protectores que reducen la probabilidad de enfermar (Seligman, 2003). Estas fortalezas y recursos psicológicos hacen referencia a características disposicionales que perduran en el tiempo, se despliegan en una amplia gama de situaciones, y se desarrollan o se modifican a partir de las interacciones del individuo con otros y con el entorno -consistencia transituacional y estabilidad temporal de la personalidad- (Remor, Amorós Gómez & Carrobles, 2010). En los últimos años se observa un aumento de investigaciones que se centran en el estudio de las potencialidades y capacidades

de los adolescentes como una forma de promover el desarrollo y crecimiento positivos (Castro Solano, 2010).

De todos modos, pese al grado de avance alcanzado en el tema a nivel teórico y empírico, varias ideas estereotipadas y negativas sobre la adolescencia están muy extendidas actualmente en la población general, y persiste en diversos contextos una visión catastrófica acerca de esta etapa, que la asimila lo sufriente y psicopatológico. Como señalan algunos autores (Oliva et al, 2008), esta representación podría relacionarse con la preocupación social sobre algunos problemas que suelen atribuirse a la adolescencia, como el consumo de drogas, los trastornos de la conducta alimentaria, la violencia y las alteraciones de la imagen corporal. También influye negativamente la visión muchas veces dramática que transmiten algunos medios de comunicación sobre este grupo poblacional.

En base a estos estereotipos ampliamente difundidos, y al asumir la significativa influencia que tiene esta etapa para la evolución posterior del individuo y las sociedades, se considera de suma importancia avanzar en estudios que se propongan estimular el desarrollo de fortalezas y recursos en la adolescencia (Oliva et al, 2008; Remor et al., 2010; Vilariño, Amado & Alves, 2013).

Factores de riesgo y protectores en la adolescencia

Para promover el desarrollo de los recursos positivos en los adolescentes resulta necesario considerar tanto los *factores de riesgo*-incrementan la probabilidad de enfermar- como los *factores de protección* -reducen o amortiguan su impacto- (Castro Solano, 2003; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Los estudios sobre el enfoque de riesgo (Bell, Forthum & Sun, 2000; Jessor, 1991) han relacionado estos conceptos y definen la *vulnerabilidad psicológica* como la probabilidad de sufrir o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido como consecuencia de aspectos psicológicos relacionados a la personalidad, patrones

de conducta o reactividad emocional. La interacción de los factores protectores y de riesgo determinará el nivel de vulnerabilidad (Donas Burak, 2001; Rutter, 2012).

Sin embargo, actualmente sigue siendo predominante un modelo de intervención basado en los factores de riesgo, que considera el desarrollo y ajuste psicológico durante la adolescencia como ausencia de problemas (Páramo, 2011).

En esta dirección, cobra relevancia abordar el concepto de *mecanismo protector* -relacionado con los recursos salugénicos- que alude a las características que promueven el desarrollo humano, el mantenimiento de la salud o su recuperación, y que pueden neutralizar o compensar los efectos -directos o potenciales- de los factores de riesgo. En este contexto, se denominan factores protectores a las circunstancias, características, condiciones y atributos que favorecen el logro de la salud integral del adolescente (Maddaleno, Morello & Infante-Espínola, 2003).

Según Rutter (2012) un mismo factor puede ser de riesgo o protector, y esto dependerá en gran medida de la evaluación que el adolescente haga de la situación y de sus propios recursos, es decir, del significado que le atribuya, de la novedad que implique para él, y de la posibilidad para abordarlo. Los estudios realizados en el área han permitido identificar una serie de factores de protección: la madurez y seguridad psicológicas, la responsabilidad, la capacidad de ser autónomo e independiente, la presencia de actitudes proactivas hacia la salud, disponer de hábitos de vida saludables, lograr una adecuada autoestima, tener valores y normas de conducta, formar parte de una familia integrada, contar con amigos y establecer vínculos positivos en las relaciones sociales (Arbinaga, 2002; Martínez & Robles, 2001; Páramo, 2011).

Diversas investigaciones han estudiado estos factores en relación a variables como personalidad, inteligencia, afrontamiento, resistencia al estrés, autoestima, bienestar psicológico, regulación emocional, autoeficacia y habilidades sociales, por mencionar algunos

de los principales aportes (Calderón Prada, Espinosa Pezzia & Techio, 2004; Camacho Gómez & Camacho Calvo, 2005; Cingolani, 2006; Friborg, Barlaug, Martinussen, Rosenvinge & Hjemdal, 2005; Muris, Schmidt, Lambrichs & Meesters, 2001; Rivera-Heredia & Andrade, 2006).

Consideraciones para un desarrollo saludable

En los desarrollos teóricos y empíricos sobre el tema se encuentra consenso en señalar que en condiciones normales el adolescente avanzará en el afianzamiento de su identidad personal y social e irá adquiriendo progresivamente autonomía respecto de sus padres. Pero en algunas ocasiones su forma de pensar, de manejar sus estados emocionales y de comportarse no resultará adaptativa (Martín Romera & Sánchez Sánchez, 2001), y bajo determinadas circunstancias, los cambios de esta etapa podrán exponer al adolescente a estados de tensión, de crisis o de riesgo, y producir un desajuste entre sus necesidades y las oportunidades que le proporcione el contexto (Casullo, Bonaldi & Fernández Liporace, 2000).

El adolescente puede experimentar alteraciones emocionales, conflictos interpersonales y disfunciones psicosociales. Y si no dispone de recursos personales para un afrontamiento adecuado, estas dificultades podrán generar un deterioro funcional significativo o malestar subjetivo intenso que probablemente interfiera en su estabilidad emocional y en su nivel de ajuste personal y social -actual y/o futuro-. Es decir, en esta etapa de transición el adolescente puede quedar expuesto a distintos grados de riesgo psicosocial que incluyan el consumo excesivo de tabaco, de alcohol y/o drogas, problemas de alimentación, fracasos escolares, episodios depresivos y comportamientos e ideaciones suicidas (Andrade Salazar, 2012; Casullo et al, 2000; Casullo, Cruz, González & Maganto, 2003; Martínez, 2007).

En este escenario, las tensiones resultantes de la interacción entre las demandas a las que se vean expuestos los adolescentes y su capacidad de respuesta dependerá del grado en el cual

ellos mismos puedan reorganizar sus estructuras cognitivo-emocionales y comportamentales (Haquin, Larraguibel & Cabezas, 2004). Se comprende entonces el valor asociado a la inclusión de medidas promotoras de salud para favorecer un adecuado desarrollo individual y social, si se considera la importante repercusión que las actitudes y comportamientos adoptados en esa etapa tendrán para la vida adulta.

Como señalan Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak y Hawkins (2004), considerar un desarrollo saludable requiere más que evitar las conductas de riesgo, implica comprender que en la promoción del desarrollo social, emocional, comportamental y cognitivo está la llave para prevenir los problemas.

Las *habilidades para la vida* constituyen componentes esenciales de un desarrollo saludable. Aluden a un grupo genérico de habilidades o destrezas psicosociales que aumentan en las personas la probabilidad de enfrentarse con éxito a las exigencias y desafíos de la vida cotidiana. Estas competencias ayudan a tomar decisiones, comunicarse de manera efectiva y asertiva, desarrollar estrategias para enfrentar situaciones de tensión y solucionar conflictos, lo que favorece comportamientos saludables en las esferas física, psicológica y social (Cardozo, 2008; Choque-Larrauri & Chirinos-Cáceres, 2009; Morales, Benítez & Agustín, 2013; Pérez de la Barrera, 2012). Las habilidades para la vida comprenden tres categorías: 1) *habilidades sociales o interpersonales*, 2) *habilidades cognitivas* y 3) *habilidades para manejar emociones* (Ministerio de Salud, 2005).

Las *habilidades sociales* son las destrezas específicas requeridas para ejecutar competentemente una actividad o tarea de índole interpersonal (Caballo, 1999). Se refieren a un conjunto de conductas que, en un contexto interpersonal determinado, logran expresar sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, resolver los problemas inmediatos y reducir la probabilidad de futuros inconvenientes.

Las *habilidades cognitivas* describen un conjunto de operaciones mentales cuyo objetivo es integrar la información adquirida en una estructura de conocimiento que tenga sentido para el sujeto. Esto incluye la comprensión de la toma de decisiones y sus consecuencias, el pensamiento crítico y la autoevaluación.

Por último, las *habilidades para el manejo de las emociones* se refieren a la capacidad de regular los estados anímicos, lo que está directamente relacionado con el manejo del estrés, los sentimientos, el control y el monitoreo personal (tabla 1).

Tabla 1

Habilidades para la vida

<i>Habilidades sociales</i>	<i>Habilidades cognitivas</i>	<i>Habilidades para el manejo de las emociones</i>
Comunicación	Toma de decisiones/solución de problemas	Control del estrés
Negociación/rechazo	Comprensión de las consecuencias de las acciones	Control de sentimientos, incluyendo la ira
Aserción	Determinación de soluciones alternativas para los problemas	Habilidades para aumentar el locus de control interno (manejo de sí mismo, monitoreo de sí mismo)
Habilidades interpersonales	Pensamiento crítico	
Cooperación	Análisis de la influencia de sus pares y de los medios de comunicación	
Empatía y toma de Perspectiva	Análisis de las propias percepciones de las normas y creencias sociales	
	Autoevaluación y clarificación de valores	

Nota. Adaptado de “*Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*” de Mangrulkar, Vince Whitman & Posner, 2001, p. 25

Para Choque-Larrauri y Chirinos-Cáceres (2009), una característica importante de esta clasificación es que las tres categorías se complementan e interactúan entre sí. Estas habilidades para la vida promueven el desarrollo de factores de protección comunes a distintos problemas psicosociales, y favorecen la posibilidad de un afrontamiento adaptativo al poder responder adecuadamente a las exigencias, demandas y desafíos de la vida diaria.

Los desarrollos teóricos establecen que estas habilidades específicas resultan fundamentales para promover un desarrollo saludable (Cingolani, 2006; Gil et al., 2004; Minto, Pedro, Netto, Bugliani & Gorayeb, 2006; Rivas & Fernández, 1996; Zarret & Lerner, 2008). Investigaciones en el tema muestran que el grupo de pares pasa a un primer plano durante esta etapa. De hecho, entre los valores más importantes para ellos se encuentran la amistad y la confianza (Jiménez, Torregrosa, Burgos & Uitzil, 2013).

Además, para un pleno desarrollo se requiere de oportunidades para acceder a los sistemas educativos, de empleo, salud, justicia y bienestar. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2012) ha señalado la necesidad de considerar la prevención y el desarrollo de los adolescentes y de la comunidad como metas inseparables.

En la República Argentina, en el año 2005 se aprueba la Ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescente, a partir de la que se busca modificar el accionar de los organismos e instituciones que se ocupan del tema. Se abre paso así a un nuevo paradigma asociado a la protección integral que emana de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, en tanto se avanza en la creación de un nuevo Sistema de Protección de Derechos para niñas, niños y adolescentes que obliga a todos los organismos e instituciones a la promoción, protección y restitución de los derechos de la infancia y adolescencia.

En el marco de este contexto y en correspondencia con las consideraciones sobre la participación de los factores emocionales, cognitivos y sociales en el desarrollo de una adolescencia saludable, se presentan en el siguiente capítulo los aportes más significativos sobre intervenciones con adolescentes.

CAPÍTULO 2

MARCO DE REFERENCIA Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN PARA UNA ADOLESCENCIA SALUDABLE

Adolescencia y desarrollo saludable

Como se presentó en el capítulo anterior, numerosos trabajos se han abocado al estudio y comprensión de los aspectos que forman parte del desarrollo adolescente. Se ha señalado la importancia de recursos promotores de comportamientos saludables, como tomar decisiones, comunicarse de manera efectiva y asertiva, y desarrollar estrategias para afrontar situaciones de tensión y solucionar conflictos.

En base a estos lineamientos, y con el fin de organizar con claridad este capítulo, se presentan a continuación los aportes más representativos sobre variables consideradas fundamentales para el diseño de una propuesta de intervención dirigida a adolescentes:

Afrontamiento

En las últimas décadas se han estudiado con creciente interés los modos en los que las personas dan respuesta a las situaciones estresantes. Lazarus y Folkman (1984), autores de referencia en el tema, ya en su obra *Estrés y Procesos Cognitivos*, definen el estrés como un proceso psicobiológico normal aunque complejo que está constituido por tres componentes principales: 1) una situación inicial en la que se produce un acontecimiento potencialmente perjudicial o peligroso (acontecimiento estresante o estresor), 2) la interpretación por parte del sujeto de este acontecimiento como peligroso, perjudicial o amenazante con independencia de las características objetivas de la situación, y 3) la activación del organismo en respuesta a la amenaza percibida. Desde este modelo, cualquier circunstancia puede ser elicitadora de estrés, en tanto el sujeto la evalúe como peligrosa o amenazante y/o sienta que es incapaz de afrontarla adecuadamente.

En cuanto a la evaluación que realiza el sujeto, se distingue una valoración primaria, referida a los significados asociados a la naturaleza del estímulo (peligro, daño, pérdida o sufrimiento o, por el contrario desafío); y una secundaria a partir de la cual evaluará si

dispone de los recursos necesarios para responder a la situación. Si bien ambas forman parte de un proceso dinámico y prácticamente simultáneo, impactan de un modo diferencial sobre la capacidad de afrontamiento. La evaluación primaria supone un patrón de respuesta inicial a partir del cual el sujeto estima lo que está en juego en la situación y lo que puede lograr o perder en dicho intercambio. En cuanto a la evaluación secundaria, la persona evalúa sus propios recursos y opciones de afrontamiento frente al estresor. En función de este análisis, es de esperar que una situación valorada primariamente como amenazante, se perciba como más peligrosa si el sujeto cree que no cuenta con los recursos suficientes para afrontarla. De hecho, la valoración secundaria modula la primaria y determina las acciones a realizar para enfrentar el estresor.

La interacción entre estas dos evaluaciones determinará el grado de estrés y la calidad de la respuesta del sujeto. Los autores identifican tres tipos de respuesta (Lazarus & Folkman, 1984): Una respuesta fisiológica (reacción neuroendócrina y/o asociada al sistema nervioso autónomo); una respuesta emocional (sensación de malestar, temor, etc.); y una respuesta cognitiva (preocupación, pérdida de control, etc.).

Se trata de un modelo transaccional que responde a la relación particular entre el individuo y el entorno. Lazarus y Folkman (1984) definen el *afrontamiento* como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que realiza un sujeto para manejar las demandas internas y/o externas que son evaluadas como desbordantes de los propios recursos” (p. 141).

Una de las clasificaciones más utilizadas permite distinguir las estrategias de afrontamiento según el método *-cognitivo-conductual-*, y en relación al foco. Las respuestas por *aproximación* aluden a los esfuerzos cognitivos o conductuales para manejar el evento estresante, mientras que las respuestas por *evitación* incluyen los esfuerzos cognitivos y/o

conductuales para evitar pensar en el estresor o para intentar reducir la tensión a través de conductas de evitación o escape (Moos & Schaefer, 1993).

En el adolescente las estrategias de afrontamiento parecen ser el resultado de aprendizajes realizados en experiencias previas que constituyen un estilo estable de afrontamiento y que determina las estrategias situacionales. El modo en que afronte sus experiencias vitales impactará en su vida. De hecho, puede generar un deterioro o malestar subjetivo significativo con afectación de su estabilidad emocional y del nivel de ajuste personal y social, o favorecer un desarrollo saludable y promover un mayor bienestar psicológico si alcanza una adaptación efectiva (Casullo, González Barrón & Bernabéu Verdú, 2002; Casullo & Fernández Liporace, 2001; Cingolani, Castañeiras & Posada, 2008; Verdugo-Lucero et al., 2013; Wood, Joseph & Linley, 2007).

Regulación emocional

Las emociones constituyen un área de estudio con importantes implicancias para el bienestar psicológico y para la vida en general. Una emoción hace referencia a un estado afectivo que se acompaña de cambios fisiológicos que son influidos por la experiencia. Son las respuestas del organismo ante situaciones placenteras o displacenteras (Bisquerra et al, 2012). Todas las emociones son, en esencia, programas de reacción automática con los que la evolución ha dotado al ser humano (Damasio, 2010; Goleman, 1996).

Paul Ekman, investigador del tema, demostró la existencia de 6 emociones que no son aprendidas a través de la experiencia, sino que son producto de la evolución y transmitidas genéticamente, y por lo tanto son universales e innatas. Estas emociones primarias son la sorpresa, el temor, la aversión, el enojo, la felicidad y la tristeza (Ekman, 1999; Evans, 2002).

Sin embargo, las personas no sólo pueden experimentar estas emociones, sino cientos de ellas. Esto se debe a la mezcla entre emociones primarias y a los distintos matices que pueden

adquirir. Así, de la mezcla de emociones básicas o de sus matices múltiples surgen las emociones secundarias.

Se ha encontrado una estrecha relación entre las emociones y el contexto situacional en el que se manifiestan, por lo que si bien la expresión emocional es innata, no obstante puede ser modulada y modificada mediante la experiencia y el aprendizaje. Desde las primeras investigaciones de Ekman hasta la actualidad se dispone de varios estudios que avalan una teoría de las emociones básicas, aunque sin total acuerdo acerca de cuáles y cuántas emociones son. De todos modos, los principales investigadores en el tema identifican tres componentes básicos para cada emoción (Gross, 1998):

- *Un componente cognitivo*: La experiencia subjetiva de felicidad, tristeza, enojo, etc.,
- *Un componente fisiológico*: Cambios a nivel del sistema nervioso autónomo y endócrino.
- *Un componente conductual*: Que involucra la conducta asociada con una emoción en particular, como sonreír, llorar, fruncir el ceño, huir, etc.

Lo que diferenciará a las distintas teorías de la emoción es el énfasis relativo puesto en cada uno de estos componentes y cómo se relacionan con la interpretación del estímulo o situación que la produce.

Autores como Siemer, Mauss y Gross (2007) advierten que todo modelo que conceptualice la emoción debe contemplar la interacción entre la persona y el ambiente, analizar el significado particular atribuido y la respuesta que resulta de dicha interpretación. Una emoción representa entonces una interpretación significativa de la realidad y provoca una respuesta multidimensional. Gross y Thompson (2007) plantean un modelo basado en la retroalimentación de cuatro elementos diferentes: 1) la situación relevante, que puede ser externa (eventos o exigencias ambientales) o interna (representaciones mentales); 2) la atención, referida a la selección de los elementos más significativos de una situación; 3) la evaluación que otorga el sujeto a la situación; y 4) la respuesta emocional subsiguiente.

Este modelo recursivo (dinámico) de la reacción emocional da origen al proceso de *autorregulación*, es decir al ejercicio consciente de monitorear y poder regular las emociones, algo que puede darse mediante: 1) la selección o la modificación de la situación, 2) la variación en el foco atencional, 3) la modificación de la evaluación (reevaluación), o 4) la supresión de la respuesta (Gross, 198; Zelazo & Cunningham, 2007).

Si bien la autorregulación y otras competencias emocionales se van desarrollando desde la primera infancia, progresan y se afianzan durante la adolescencia, período muy intenso emocionalmente y con frecuentes cambios en el estado de ánimo (Bisquerra et al, 2012; Garaigordobil & Durá, 2006). En la adolescencia los mecanismos regulatorios se caracterizan por la falta de flexibilidad, y se destaca el uso de recursos cognitivos para negar o disfrazar las emociones. Pero a medida que el adolescente madure dispondrá de nuevos recursos e implementará estrategias como la reevaluación de acontecimientos negativos, el humor o el altruismo de un modo más elaborado, entre otras (Ortiz, 2001).

Estudios realizados con adolescentes estadounidenses señalan que la autorregulación emocional predice significativamente el rendimiento académico (Gumora & Arsenio, 2002). Quienes poseen mayor habilidad para reconocer los estado emocionales presentan mejores relaciones sociales y un mayor nivel de confianza y competencia percibida (López, 2013). Otras investigaciones en el tema muestran que en ocasiones la presencia de estados emocionales extremos puede resultar altamente perturbadora y deteriorar la capacidad de autocontrol, generar estrés y afectar el modo de relacionarse con los demás (Graziano, Reavis, Keane & Calkins, 2007; López, Sánchez, Pérez-Nieto & Fernández, 2008).

Comunicación y habilidades sociales

En la adolescencia se destaca el valor de las relaciones y el intercambio social, y los grupos de referencia y de pertenencia ocupan un importante lugar en el proceso de

consolidación de la identidad (Camacho Gómez & Camacho Calvo, 2005). La comunicación abierta y fluida, es decir, el intercambio de puntos de vista de manera clara, respetuosa, afectiva y empática entre padres e hijos, ejerce un fuerte efecto protector frente a los problemas de salud mental e influye positivamente en el bienestar psicológico del adolescente (Estévez López, Musitu Ochoa & Herrero Olaizola, 2005).

Desde la década del '70 la psicología ha puesto gran interés en los modos de comunicación como una dimensión social central del comportamiento humano. Es así que se consolida la conceptualización del término habilidades sociales. Los patrones de comunicación varían ampliamente entre las culturas modulados por factores como la edad, el sexo, la clase social y la educación. Por esto es necesario tener en cuenta para su estudio y abordaje el contexto específico en el que las habilidades sociales tienen lugar.

Inicialmente las *habilidades sociales* fueron definidas como una capacidad estable en el tiempo y relativamente consistente a través de diferentes situaciones (Salter, 1949; Wolpe, 1969; citados en Pérez, 2000). Así, se propusieron taxonomías conductuales y no contextualizadas, en las que se estudiaban categorías tales como la defensa de los propios derechos, el hacer y/o rechazar peticiones, el hacer cumplidos, el iniciar, mantener y finalizar conversaciones, o la expresión de sentimientos positivos (amor, agrado, afecto) entre otras. Actualmente los investigadores del tema proponen abordar las habilidades sociales desde una perspectiva situacional, que incluya las variables personales, los factores del ambiente y la interacción entre ambos. De este modo, una conducta será considerada apropiada en función de la correspondencia entre las actitudes, valores, creencias, capacidades cognitivas y la especificidad de la situación (Wilkinson & Canter, 1982).

En población adolescente ha resultado de interés estudiar las dificultades interpersonales. Estas surgen de la evaluación que hace el propio sujeto sobre el grado de dificultad experimentado al relacionarse con diferentes personas, independientemente del origen y

naturaleza de la dificultad. Las investigaciones revelan que los adolescentes con dificultades interpersonales se perciben menos asertivos, se valoran con menos capacidad para relacionarse con el otro sexo, experimentan miedo a hablar en público, informan menos aceptación y apoyo de su grupo de compañeros, y presentan relaciones más conflictivas con los padres (Inglés, Méndez & Hidalgo, 2000).

El comportamiento asertivo se refiere a la capacidad para comunicar opiniones, creencias, sentimientos y deseos personales de una forma directa, honrada y adecuada, una comunicación que incluye la posibilidad de expresar rechazos, realizar reclamos, expresar afecto y sentimientos personales. Serán poco asertivos tanto los adolescentes que no logren ser respetados por los demás, como los que presenten un comportamiento agresivo y no tengan en cuenta las necesidades de los otros; en ambos casos habrá déficit en habilidades sociales. La *asertividad* da cuenta de la capacidad de autoafirmar los propios derechos, sin dejarse manipular y sin manipular a los demás. Se diferencia claramente de una actitud pasiva o agresiva (Camacho Gómez & Camacho Calvo, 2005).

En los últimos años se ha avanzado en el estudio de las habilidades sociales, fundamentalmente a través de programas de entrenamiento para su adquisición en niños y adolescentes (Bolsoni-Silva, Villas Boas, Romera & Silveira, 2010; Caballo, 1999; Camacho Gómez & Camacho Calvo, 2005; Contini de González, Lacunza & Esterkind De Chein, 2013; Del Prette & Del Prette, 2013; Inglés, 2003; Monjas Casares, 2000; Silva & Murta, 2009). Las investigaciones muestran que tanto los adolescentes inhibidos como los impulsivos presentan dificultades en las interacciones sociales. Por el contrario, los adolescentes socialmente más hábiles informan capacidad de autoafirmarse y presentan conductas sociales positivas como consideración, autocontrol y liderazgo. Asimismo, el autoconcepto y la autoestima inciden en el desarrollo de las habilidades sociales (Caballo, 1999; Camacho Gómez & Camacho Calvo, 2005).

Autonomía, autoconcepto y autoeficacia

En la adolescencia, la competencia personal resulta central para el desarrollo de la autonomía (Beyers, Goossens, Vansant & Moors, 2003). El concepto de *agencia personal* se refiere a la competencia de las personas e incluye la intención, el significado, la motivación y el propósito que los individuos imprimen a sus actividades.

La agencia se encuentra estrechamente vinculada a la autonomía, la autoeficacia y la autodeterminación. La teoría de la autodeterminación (Ryan & Deci, 2000) propone la existencia de tres necesidades psicológicas básicas para el crecimiento psicológico, la integridad y el bienestar: la *necesidad de competencia* se refiere al deseo de actuar de forma eficaz con el ambiente, la *necesidad de autonomía* alude al deseo de implicarse en actividades por propia elección y al deseo de ser uno mismo el iniciador de las propias conductas, y la *necesidad de relación* que describe el sentimiento de sentirse conectado con los otros o de pertenecer a un medio social dado (García-Merita, Balaguer, Castillo, Álvarez & Mars, 2010).

Proponer intervenciones orientadas a la promoción de la autonomía supone reconocer como uno de los elementos básicos del crecimiento personal la pertenencia y la responsabilidad sobre las propias acciones, y las consecuencias que de ellas se derivan. En el contexto educativo se encontró que la satisfacción de las necesidades de autonomía, competencia y relación se encuentran positivamente asociadas con la autoestima, con los afectos positivos y con la vitalidad, e inversamente asociadas con los afectos negativos (Patrick, Knee, Canevello & Lonsbary, 2007).

La autoestima y el autoconcepto resultan variables centrales del comportamiento humano implicadas en el bienestar psicológico (Diener & Lucas, 2000; Fuentes, García, Gracia & Lila, 2011; Garaigordobil & Durá, 2006; Lujan, 2002). Si bien hay diferentes posiciones al respecto, en términos generales el *autoconcepto* se refiere a los aspectos cognitivos, a las

concepciones o representaciones que el sujeto tiene acerca de sí mismo en un momento dado (Musitu et al., 2001). La *autoestima* incluye la dimensión evaluativa de esa representación. Estos conceptos influyen en el desarrollo psicoemocional del individuo y condicionan la calidad de sus experiencias de interacción con el entorno (García & Musitu, 1999; García, Ortega & Rivera, 2013).

Las personas desarrollan una imagen general de sí mismas y una imagen específica en relación a cada uno de los contextos en los que participan. Por ejemplo, un adolescente puede tener una imagen general de sí mismo favorable o desfavorable, y al mismo tiempo, desarrollar una imagen de sí mismo específica en cada uno de los contextos que hacen a su vida (familiar, escolar, social), que puede diferir para cada una de las áreas (Cava, Musitu & Vera, 2000).

Los hallazgos de investigación indican que los adolescentes que confían excesivamente en las evaluaciones que realizan los otros acerca de sí mismos más que en las propias, son más propensos a experimentar una baja autoestima, variaciones frecuentes en el estado de ánimo y emociones negativas (Saarni, 2000). Una autoestima adecuada le permitirá al adolescente una mejor adaptación social y emocional (Montt & Ulloa, 1996).

Estrechamente relacionado con estos temas surge el concepto de *eficacia personal*, como un aspecto clave de la competencia humana por su repercusión en la toma de decisiones, la motivación, el esfuerzo, los patrones de pensamiento y las respuestas emocionales (Carrasco Ortiz & del Barrio Gándara, 2002). La autoeficacia es una evaluación de las propias habilidades. El sujeto evalúa la efectividad de sus acciones y la compara con la eficacia percibida en los otros, a la vez que recibe información de los demás sobre su propia competencia.

Las creencias de autoeficacia se relacionan con dos tipos de expectativas, las *expectativas de eficacia* y las *expectativas de resultado* (Bandura, 1986). Las primeras se refieren a los

juicios de valor que realiza el individuo sobre sus propias capacidades, juicios a partir de los que organizará y ejecutará sus actos con el fin de alcanzar el desempeño deseado. Es decir, se refieren a las valoraciones subjetivas acerca de la propia capacidad para llevar a cabo una conducta con éxito.

Las expectativas de resultado aluden a las anticipaciones cognitivas que hace el individuo sobre las consecuencias que producirá su conducta, es decir, son las estimaciones subjetivas sobre el resultado específico que se alcanzará tras haber realizado una conducta determinada. Bandura (1997) señala que las expectativas de resultado pueden ser físicas (cambios en el propio individuo o en su entorno físico); sociales (reacciones de aprobación/rechazo por parte de las personas del entorno de la conducta de un individuo) y autoevaluativas (reacciones emocionales ante los propios logros y fracasos, y la interpretación que cada sujeto haga de los mismos) (Bandura, Caprara, Barbaranelli, Gerbino & Pastorelli, 2003).

Las creencias de autoeficacia tiene importantes repercusiones para la salud y bienestar de los adolescentes. De hecho, influyen en la motivación, el rendimiento y el estado emocional, contribuyen a la consecución de logros, e inciden en lo que ellos piensan, sienten y hacen. Se ha demostrado que un alto sentido de autoeficacia mejora las conductas saludables en relación al cuidado físico, previene conductas de riesgo sexual y genera una mayor tolerancia al dolor. Al mismo tiempo se relaciona con un mejor funcionamiento sociocognitivo y con la posibilidad de que los adolescentes afronten las tareas difíciles percibiéndolas como desafíos más que como amenazas (Carrasco Ortiz & del Barrio Gándara, 2002; Gutiérrez Sanmartín, Escartí Carbonell & Baños, 2011; Villamarín & Sanz, 2004).

Como señala Bandura (1997), la autoeficacia percibida constituye un poderoso recurso para el afrontamiento y la adaptación personal en las situaciones vitales estresantes. La autoeficacia específica para el afrontamiento del estrés se refiere al conjunto de creencias en

los propios recursos para manejar las situaciones demandantes de una forma eficaz y competente.

La autoeficacia tendría entonces una influencia decisiva en los esfuerzos de los adolescentes para manejar las situaciones novedosas, relevantes o amenazantes, especialmente a partir de la evaluación de los propios recursos y sus posibilidades de afrontamiento del estrés. Los hallazgos de investigación son consistentes al confirmar relaciones positivas entre autoeficacia y estado de ánimo (Godoy-Izquierdo et al, 2008).

Bienestar psicológico

Otra de las variables ampliamente estudiadas en relación al desarrollo saludable adolescente es el *bienestar psicológico*. Este constructo surge en los Estados Unidos en el siglo XX, y si bien durante mucho tiempo se creyó que estaba relacionado fundamentalmente con variables objetivas como la apariencia física, la inteligencia o el nivel socioeconómico, actualmente se sabe que está más vinculado a variables de orden subjetivo (Diener & Suh, 2000).

Veenhoven (1991) define al bienestar psicológico como el grado en que un individuo juzga su vida global. Por su parte, Ryff y Keyes (1995) ofrecen una interesante perspectiva uniendo las teorías del desarrollo humano óptimo, el funcionamiento mental positivo y los desarrollos del ciclo vital. A partir de diferentes estudios, estos autores llegaron a la conclusión de que el bienestar psicológico está compuesto por seis dimensiones bien diferenciadas: 1) una apreciación positiva de sí mismo, 2) la capacidad para manejar de forma efectiva el medio y la propia vida, 3) la calidad de los vínculos personales, 4) la creencia de que la vida tiene propósito y significado, 5) el sentimiento de crecer y desarrollarse y, 6) el sentido de autodeterminación.

La naturaleza multidimensional del bienestar psicológico alude a una dimensión subjetiva básica y general con dos facetas: una centrada en los aspectos afectivo-emocionales (estados de ánimo del sujeto), y otra centrada en los aspectos cognitivos valorativos (la evaluación de satisfacción que hace el sujeto). La *satisfacción con la vida* hace referencia a la evaluación global que hace el individuo de su propia vida. Estudios empíricos (Góngora & Castro Solano, 2014; Park, 2004) han mostrado su relación con otras variables. Bajos grados de satisfacción con la vida están asociados con problemas comportamentales, sociales y psicológicos, en tanto que altos niveles se asocian con elevada autoestima, extroversión y autoeficacia. Asimismo se han hallado relaciones positivas entre la satisfacción y los pilares del bienestar.

El bienestar psicológico alude entonces a una experiencia vinculada al presente pero con proyección al futuro, y constituye un rasgo y una disposición estable más que un estado transitorio de los afectos (Ryff & Keyes, 1995). Surge de la correspondencia percibida entre los logros alcanzados (valoración del presente) y las expectativas (proyección de futuro) en las áreas de mayor interés para la persona. Otros estudios señalan que las áreas más significativas en población adolescente son el estudio, la familia, la salud, las relaciones interpersonales y afectivas (Cingolani et al., 2008; García et al., 2013; Verdugo-Lucero et al., 2013). Además, se han hallado relaciones positivas entre el bienestar psicológico y la frecuencia y calidad de las interacciones sociales (Emmons & Diener, 1985; Orcasita & Uribe, 2010).

La revisión de las variables hasta aquí presentadas da cuenta de la relevancia de las mismas en la etapa adolescente. Constituyen un pilar importante para la planificación y el diseño de intervenciones orientadas a promover salud en esta población.

Propuestas de intervención para población adolescente

El bienestar de los adolescentes es actualmente uno de los desafíos más importantes para los políticos y planificadores de América Latina, ya que en esta región conforman el 30% de la población total, y constituyen un grupo particularmente vulnerable desde el punto de vista social, económico y de la salud (OPS, 2012). Pero como señala el Informe especial sobre la salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe (Maddaleno et al., 2003), en el caso de América Latina las necesidades y los derechos de los adolescentes figura en las políticas públicas y en la agenda del sector salud, fundamentalmente cuando presentan conductas inadecuadas, tales como embarazos precoces, consumo de sustancias, violencia, etc. Esto se debe en parte a la insuficiencia de datos sistemáticos sobre población adolescente. Gran parte de los hábitos nocivos adquiridos durante la adolescencia se manifiestan en morbilidad o mortalidad en años posteriores (OPS, 2012). De hecho, la OMS ya en 1999 estimaba que el 70% de las muertes prematuras en el adulto se debían a conductas de riesgo o negligentes iniciadas en la adolescencia.

En los últimos años se observa un incremento de las investigaciones orientadas al desarrollo, aplicación y evaluación de programas de intervención dirigidos a adolescentes (Scorsolini-Comin, Batistuta Manzi-Oliveira, Aparecida Casarini, Cury Jacquemin & dos Santos, 2011). Se pueden mencionar los estudios que se ocupan de la prevención de situaciones problemáticas, como los orientados a prevenir la violencia, el comportamiento antisocial, el abuso de sustancias, la obesidad, o aquellos que intentan disminuir la ansiedad y depresión en los jóvenes (Gázquez, García del Castillo & Espada, 2009; Ogden, Beyers & Ciairano, 2009; Stice, Shaw & Marti, 2006).

Si bien desde hace algunas décadas se están implementando a nivel internacional programas orientados al desarrollo adolescente, la evidencia acumulada sobre su eficacia resulta limitada (Oliva et al, 2008). Distintas revisiones y meta-análisis (Durlak & Weissberg,

2007; Wilson, Lipsey & Derzon, 2003) han descrito importantes beneficios para los adolescentes que participan en estos programas, entre los cuales pueden citarse el aumento de las habilidades sociales, la mejora de las competencias emocionales, la reducción del consumo de sustancias y de los comportamientos violentos y agresivos, el fortalecimiento del vínculo con la escuela, la mayor participación en el aula y el aumento del rendimiento académico (Oliva et al, 2008).

Un elemento central a la hora de construir un modelo de desarrollo adolescente es definir las competencias involucradas, que serán los objetivos a alcanzar por todo programa orientado a la promoción de un desarrollo saludable. Algunos autores se refieren en este sentido a un desarrollo positivo, y señalan que el modelo más completo es el de *las cinco ces* (Lerner, 2004; Roth & Brooks-Gunn, 2003), propuesta que intenta captar la esencia de los indicadores de competencias cognitivas, conductuales y sociales que se relacionan con el desarrollo adolescente. En el centro del modelo propuesto (ver figura 1) se ubican las competencias relacionadas con el *desarrollo personal*. Estas habilidades y capacidades básicas constituyen la base del resto de las competencias y al mismo tiempo se nutren de ellas. Alrededor de este núcleo se presentan 4 áreas diferenciadas. Las *competencias del área social* incluyen habilidades comunicativas y relacionales para la vida cotidiana y para la resolución de conflictos interpersonales. El *área cognitiva* está integrada por tres tipos de inteligencia - crítica, analítica y creativa- y por la capacidad para planificar, tomar decisiones y monitorearlas. Las *competencias del área emocional* se asocian a habilidades para conocer y manejar las emociones, la capacidad empática y la tolerancia a la frustración. Por último, el *área moral* incluye el compromiso social, la responsabilidad y el sistema de valores que regulan la conducta ciudadana -sentido de la justicia, respeto a la diversidad, igualdad-.

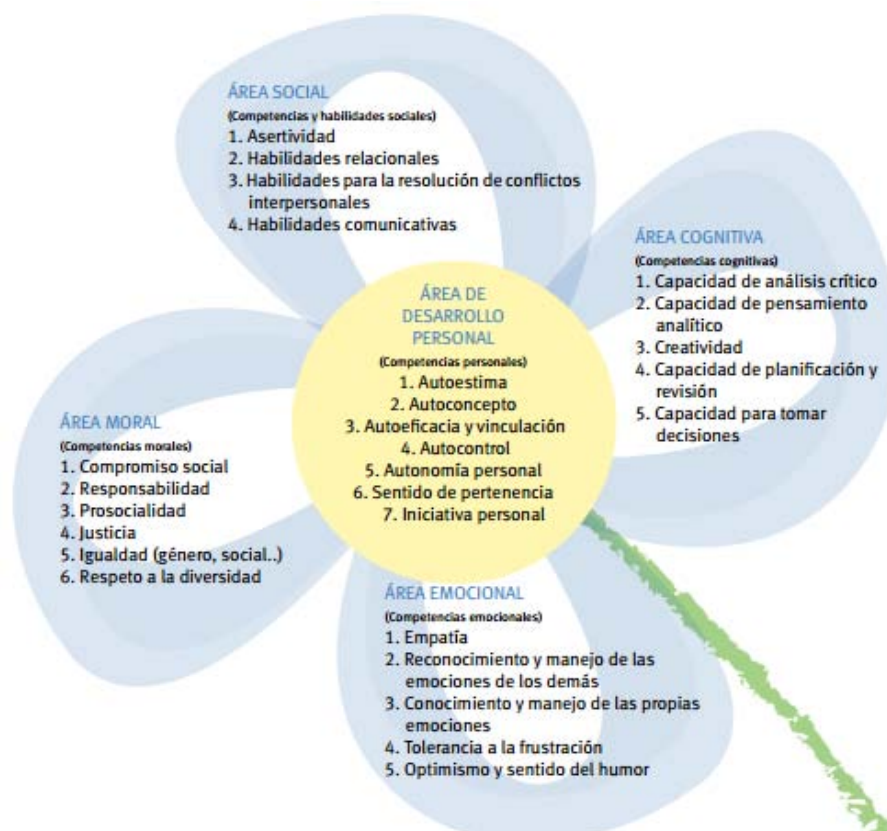


Figura 1. Modelo de desarrollo positivo adolescente. Extraído de “La promoción del desarrollo adolescente: recursos y estrategias de intervención” de Oliva et al, 2008, p.30.

Para estos investigadores el desarrollo personal tiene que ver con las relaciones dinámicas que se establecen entre las habilidades y capacidades específicas incluidas en cada una de estas áreas, dado que se relacionan y potencian unas a otras.

A partir de este modelo inicialmente desarrollado en los Estados Unidos se han realizado una serie de trabajos en otras regiones. Un grupo de investigadores del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Sevilla (España) llevaron adelante un estudio empírico con el propósito de identificar las competencias que configuran un desarrollo adolescente positivo.

Luego de haber analizado distintos programas de intervención, Catalano et al. (2004) identificaron diez objetivos básicos de los buenos programas dirigidos a potenciar el desarrollo positivo durante la adolescencia. Estos deberían promover: 1) vínculos entre el adolescente y otras personas significativas, 2) resiliencia, 3) competencias sociales,

emocionales, cognitivas, comportamentales y morales, 4) autodeterminación, 5) espiritualidad, 6) autoeficacia, 7) desarrollo de una identidad clara y positiva, 8) expectativas de futuro, 9) reconocimiento del comportamiento positivo en el grupo, y 10) normas prosociales y comportamiento prosocial.

Existen numerosas investigaciones orientadas a potenciar los recursos saludables de los adolescentes, entre las que se destacan intervenciones psicológicas para la promoción del bienestar (Hervás, Sánchez & Vázquez, 2008; López-Sánchez, Carpintero, Campo, Lázaro & Soriano, 2007), y un programa escolar de promoción de la salud (Lima Serrano, Neves de Jesus & Lima Rodríguez, 2012). También se han identificado trabajos orientados a la evaluación de la eficacia de intervenciones educativas que estimulan el desarrollo socioafectivo, y al diseño y evaluación de un programa psicosocial para mejorar las habilidades sociales mediante actividades que fomentan la comunicación y las interacciones amistosas y cooperativas durante la adolescencia (Muñoz, Trianes & Jiménez, 1996; Alsinet, 1997; citados en Garaigordobil, 2001), un programa orientado al desarrollo de la personalidad y la educación en derechos humanos (Garaigordobil, 2008), una propuesta para el desarrollo de la autoestima en adolescentes escolarizados (Carrillo Picazzo, 2009), y un programa psicoeducativo de mindfulness (Ayala & Justo, 2010).

Recientemente se ha publicado un programa psicodinámico de intervención grupal cuyo objetivo es favorecer el equilibrio en la personalidad adolescente (Feijó González, 2013), y se han elaborado propuestas de intervención dirigidas al desarrollo positivo de los adolescentes, desde los lineamientos teóricos de la psicología positiva (Arguís, Bolsas, Hernández & Salvador, 2014; Baltasar, 2014; Freire, Araújo, Teixeira & Lima, 2012).

Propuestas de abordaje en América Latina

En el caso de América Latina, la mayoría de las políticas, planes, programas y servicios para adolescentes parten del concepto de prevención de enfermedades y se centran en comportamientos específicos. Como señala Rodríguez (2008), uno de los principales desafíos a los efectos de potenciar las políticas públicas orientadas a los jóvenes, es el fortalecimiento del diseño, monitoreo y evaluación de planes, programas y proyectos, buscando de este modo superar el elevado nivel de improvisación que todavía prima en una buena parte de la región, donde generalmente se continúa operando de manera casi exclusiva desde la lógica de responder a las urgencias cotidianas y al despliegue de iniciativas de corto plazo.

En la actualidad, los programas más difundidos por las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales están orientados a la prevención del embarazo precoz, la delincuencia y el uso y abuso de drogas (Gonçalves-de Freitas, 2004). Adoptan un enfoque vertical a partir del cual se tratan de modificar conductas específicas, y por lo general no han demostrado ser efectivos en el largo plazo (Scales & Leffert, 1999).

Si bien tradicionalmente la mayoría de los programas tienden a centrarse en un solo aspecto o variable, los investigadores desde hace varios años coinciden en señalar que el éxito de las intervenciones de promoción de la salud en jóvenes se basa en tratar simultáneamente varios temas de salud mediante enfoques genéricos. De todos modos aún continúa prevaleciendo un enfoque más centrado en las deficiencias tradicionales que en el funcionamiento integral (Rodríguez, Kohn & Aguilar-Gaxiola, 2009).

La tendencia actual hacia esfuerzos preventivos globales o integrados (en contraposición a aquellos acotados en el tiempo y específicos) cobra pleno sentido, y sigue resultando necesario el desarrollo de programas orientados al diseño, implementación y evaluación de programas, por lo que ha de aumentarse el rigor metodológico de las investigaciones sobre intervenciones (Arco Tirado & Fernández Castillo, 2002).

Se impone entonces la necesidad de superar los modelos verticales, centrados en problemáticas específicas y basados en intervenciones individuales, a través del desarrollo de propuestas integrales orientadas a la prevención y promoción de la salud, que promuevan factores de protección y resiliencia.

En Latinoamérica se han desarrollado en el último tiempo algunas propuestas con esta orientación (Almanza & Pillón, 2004; Choque-Larrauri & Chirinos-Cáceres, 2009; Fregoso, López, Navarro & Valadez, 2013; Zabala Berbena, Valadez Sierra & Vargas Vivero, 2008). En el caso de Argentina se encuentran una serie de investigaciones que destacan la importancia de potenciar factores protectores del desarrollo (Castro Solano, 2003; Cingolani et al., 2008; Contini de González, 2001; Wald, 2009). Si bien durante los últimos años ha habido un sensible incremento de estudios empíricos interesados en la naturaleza y la evaluación de los recursos y fortalezas personales (Grinhauz & Castro Solano, 2014; Remor et al., 2010), resultan aún pocos los estudios controlados que evalúen la eficacia de intervenciones con estos objetivos para población adolescente.

Implementar una política de salud dirigida a los adolescentes debe partir de los interrogantes y necesidades de los mismos actores, y asumir una óptica centrada en los aspectos positivos, capaz de reconocer en las distintas propuestas los elementos potenciadores de salud de un modo integral (Alarcón Espinoza & Rehbein Felme, 2007).

Tomando como referencia estos lineamientos, el desafío es desarrollar programas integrales que promuevan la salud desde una perspectiva más amplia en este grupo poblacional. Estos abordajes favorecerán no solo el desarrollo de programas de prevención de posibles situaciones patogénicas o conflictivas, sino también proyectos que se ocupen de las capacidades y potencialidades que les permitan a los adolescentes ejercer un rol protagónico y proactivo. Como señalan algunos autores (Weissberg, Kumpfer & Seligman, 2003), estos

programas deben intentar mejorar las competencias, habilidades y aptitudes, y generar potentes factores de protección y soporte para el propio desarrollo saludable.

Dispositivos grupales e instituciones educativas

Las intervenciones grupales adquieren un lugar relevante en los programas de intervención. En la adolescencia, las interacciones con pares facilitan el proceso de aprobación/desaprobación de las propias actitudes, valores y comportamientos (Rhee, Ciurzynski & Yoos, 2008). El trabajo grupal les permite conocer y comprender las experiencias de sus pares al facilitar un sentido de pertenencia y de identificación con ellos. Además, este conocimiento experiencial impacta en la autoestima. El grupo de pares constituye un contexto privilegiado del desarrollo adolescente y por lo tanto debe ser considerado como estrategia de intervención (Malekoff, 2004).

A partir del interés y necesidad de desarrollar estrategias eficaces para trabajar con adolescentes, en los últimos años se han implementado una serie de propuestas que incluyen actuaciones, discusiones abiertas, ensayo de habilidades y actividades en grupos pequeños (Mangrulkar, Vince Whitman & Posner, 2001). Como señala Fernández Álvarez (2008), en los dispositivos grupales la motivación de los integrantes se puede ver favorecida por el ánimo y el elogio de los demás, y por una alta dosis de aprendizaje vicario donde se destaca la observación de determinadas pautas de comportamiento de otros miembros del grupo. A su vez, la interacción entre pares potencia los procesos cognitivos y la adquisición de un conocimiento y una comprensión compartida. El grupo resulta entonces un espacio potente para fortalecer las individualidades y promover el apoyo y reconocimiento de pares (Contini, 2006; Garaigordobil, 2008).

Algunas investigaciones indican que al momento de implementar intervenciones con objetivos salugénicos, es necesario crear oportunidades de participación significativa y mayor

responsabilidad desde las mismas instituciones escolares (Henderson & Milstein, 2003; Suárez Ojeda, 2005). La escuela es concebida como una institución socializante que excede el ámbito estrictamente académico al permitir el desarrollo de competencias sociales, el ajuste y equilibrio psicosocial, y constituye un medio privilegiado para adquirir y desarrollar fortalezas, transmitir comportamientos de salud, y consecuentemente para prevenir problemas (Baltasar, 2014; Huebner & Hills, 2011; Seligman, Ernst, Gillham, Reivich & Linkins, 2009).

En la República Argentina, en el año 2006 se promulga la Ley 26.206 de Educación Nacional, en la cual se promueve la creación de espacios extracurriculares en las escuelas con el propósito de generar estrategias pedagógicas que acompañen el proceso de enseñanza y aprendizaje para el desarrollo integral de los adolescentes. Sin embargo, resulta un desafío actual que los profesionales de la salud asuman e implementen propuestas salugénicas desde las mismas instituciones escolares.

La necesidad de intervenir en el ámbito escolar ha llevado al diseño de programas que, mirados en su conjunto, muchas veces resultan iniciativas bienintencionadas, fragmentadas y de corto alcance. Además, estos esfuerzos suelen ser de breve duración y se implementan en ocasiones sin que haya un apoyo real por parte de los directivos y docentes, por lo que en numerosas ocasiones resultan ineficaces e incluso disruptivos para la comunidad educativa. Esta realidad pone en evidencia la falta de un enfoque global sobre el desarrollo y la salud adolescente. Como sugieren otros autores (Oliva et al., 2008), resulta necesario adoptar un enfoque general centrado en la promoción del desarrollo saludable para superar la fragmentación actual.

En este sentido, los programas basados en actividades extraescolares representan una buena alternativa. La evidencia empírica indica que estas actividades no solo preparan a los adolescentes para una adultez saludable mediante la adquisición de competencias, sino que también influyen positivamente en su ajuste interno y externo previniendo la aparición de

problemas emocionales y conductuales. Asimismo, Oliva et al. (2008) señalan que la participación en propuestas extraescolares estaría relacionada con niveles más altos de autoestima, autocontrol y aspiraciones de logro, con mejores habilidades sociales y cognitivas, y con una menor implicación en conductas de riesgo.

Una intervención educativa y psicosocial se ve facilitada cuando se dispone de una visión conjunta de las percepciones del adolescente. La misma permite identificar las áreas en las cuales intervenir para el mantenimiento u optimización de los estilos de vida saludables, y en la modificación o eliminación de los que resultan perjudiciales para el desarrollo (Rodríguez, Goñi & Ruiz de Azúa, 2006). En relación a esto surgen los programas basados en la evidencia, que son definidos como programas guiados por la teoría, implementados y evaluados en escenarios no controlados (Department of Health and Human Services, 2001). En universidades y centros de investigación se ha evaluado el impacto de diversos programas que tras un proceso de adaptación pueden ser utilizados por otros usuarios, para quienes desarrollar y validar científicamente un programa autogestionado sería una tarea compleja debido a la falta de recursos.

Probar la eficacia de programas de intervención es un proyecto que requiere una cantidad y calidad considerable de capital humano, financiero y físico o tecnológico. Si bien en los últimos años se está avanzando en la implementación de estrategias o programas con el objetivo de potenciar el desarrollo saludable de los adolescentes, en la mayoría de los casos no se cuenta con una contrastación empírica de los resultados obtenidos (Seligman et al., 2005).

En síntesis, a partir de las investigaciones presentadas a nivel internacional y regional, se evidencia una clara necesidad de profundizar en estudios referidos a intervenciones salugénicas para población adolescente. Hasta el momento, los abordajes genéricos en

dispositivos grupales implementados en instituciones educativas han demostrado ser los más propicios para el desarrollo de dichas propuestas. Pero a pesar de que los lineamientos teóricos y las políticas públicas promueven el fortalecimiento de este tipo de intervenciones, es notable la escasez de datos sistemáticos y concretos en la región. Este escenario muestra la relevancia de diseñar, aplicar y evaluar programas de intervención psicosociales dirigidos a promover desarrollo saludable en los adolescentes, objetivos de esta Tesis, que serán trabajados en los siguientes capítulos.

CAPÍTULO 3

PRINCIPIOS-GUÍA PARA EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL DIRIGIDO A ADOLESCENTES

Diseño y lógica del Programa de Intervención Psicosocial

Los programas de intervención orientados al desarrollo saludable resultan eficaces para promover habilidades y competencias sociales, emocionales y cognitivas durante la adolescencia (Oliva et al, 2008; Vilariño et al., 2013). Como se señaló en el capítulo anterior, en los últimos años se han desarrollado e implementado diferentes programas de intervención a nivel internacional (Almanza & Pillón, 2004; Baltasar, 2014; Choque-Larrauri & Chirinos-Cáceres, 2009; Fregoso et al., 2013; Zabala Berbena et al., 2008), pero hasta el momento resultan escasos los estudios regionales que se ocupan de este tema y evalúen el alcance y la eficacia de las intervenciones realizadas en población adolescente.

Con el propósito de contribuir a este campo de conocimiento en contextos locales, desde el Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica -GIEPsi- de la Universidad Nacional de Mar del Plata, en el año 2006 se emprendieron una serie de estudios sobre las vicisitudes de la adolescencia actual que incluyeron el relevamiento de 745 adolescentes escolarizados con un rango de edad entre 15 y 18 años. En esta etapa inicial se puso especial atención al modo en el cual los adolescentes afrontaban sus experiencias personales y cómo esto a su vez se relacionaba con el bienestar psicológico autopercibido (Cingolani et al., 2008).

A partir del análisis de los datos obtenidos y de una revisión exhaustiva de la literatura especializada, se inició una segunda etapa coincidente con la elaboración del Plan de esta Tesis Doctoral, que se centró en el diseño, la aplicación y la evaluación de un Programa de Intervención Psicosocial dirigido a Adolescentes, denominado PIPs-A.

Elaborar un programa basado en principios genéricos busca superar las limitaciones identificadas en los abordajes centrados en variables únicas, en donde las intervenciones se focalizan en un contenido específico (p.e. prevención del embarazo precoz, la delincuencia, y el uso y abuso de drogas). En base a estos principios se diseñó el PIPs-A, un programa de

amplio alcance, con el *objetivo general* de promover desarrollo saludable en adolescentes con edades comprendidas entre los 15 y 18 años.

Se estableció dicho rango de edad siguiendo las recomendaciones propuestas por organizaciones internacionales (OPS, OMS), que señalan la importancia de generar intervenciones orientadas a esta población.

Para ello, y considerando los lineamientos derivados de los estudios previos (ver Capítulo 2), se elaboraron distintas versiones preliminares de un posible protocolo de intervención estructurado y breve. La versión definitiva se organizó en función de cuatro principios-guía generales que modulan el desarrollo adolescente, y a partir de los cuales se diseñó la agenda de trabajo:

- 1) *afrontamiento adaptativo y uso de estrategias alternativas,*
- 2) *regulación emocional,*
- 3) *comunicación y habilidades sociales, y*
- 4) *autonomía responsable.*

Posteriormente, se definieron los objetivos específicos y se organizaron módulos temáticos con los contenidos derivados de cada principio-guía, dando lugar a una agenda de trabajo para cada encuentro. En la misma se presentan detalladamente los objetivos, contenidos, materiales y actividades del programa. Se establecen los tiempos correspondientes a cada etapa de la propuesta, y se brindan ejemplos y aspectos a considerar al momento de aplicarla (ver Anexo 1).

Estructura y organización del PIPs-A

Este programa se considera *estructurado* porque se organiza en función de un plan de acción protocolizado, previamente definido, y de una agenda de trabajo específica para cada encuentro, que incluye objetivos, contenidos, actividades a realizar, medios y recursos.

Es *breve* porque tiene una duración limitada y focaliza el objeto de las intervenciones en los 4 principios-guía mencionados anteriormente. Se estableció que la duración de 10 encuentros semanales era razonable para poder abordar los temas incluidos en la agenda de trabajo. Se considera que una propuesta de mayor duración podría resultar difícil de sostener, ya sea por cuestiones institucionales (obstáculos para garantizar la continuidad temporal de los encuentros, dificultad de disponer de espacios áulicos, etc.), como por las variaciones en la motivación e interés de los adolescentes.

La lógica a partir de la cual se diseñó el PIPs-A adquiere un carácter metacognitivo en el sentido de procurar aumentar el autoconocimiento y manejo de las propias cogniciones, emociones y conductas, así como de los procesos regulatorios implicados. Esto supone una serie de operaciones cognitivas que permiten producir, monitorear y evaluar información, así como controlar y autorregular el propio funcionamiento emocional e intelectual.

En relación a la estructura del programa, consiste en 10 encuentros semanales de 2hs. cada uno, en los que se trabaja con una modalidad de dinámica de taller y se utilizan técnicas grupales e individuales de exposición, representación, discusión y reflexión. También se proponen tareas interencuentro.

Además, se incluyen evaluaciones al iniciar y finalizar la intervención, y dos posteriores -de seguimiento- a los 3 y 6 meses, para valorar el grado de estabilidad de los logros en el tiempo (figura 2).

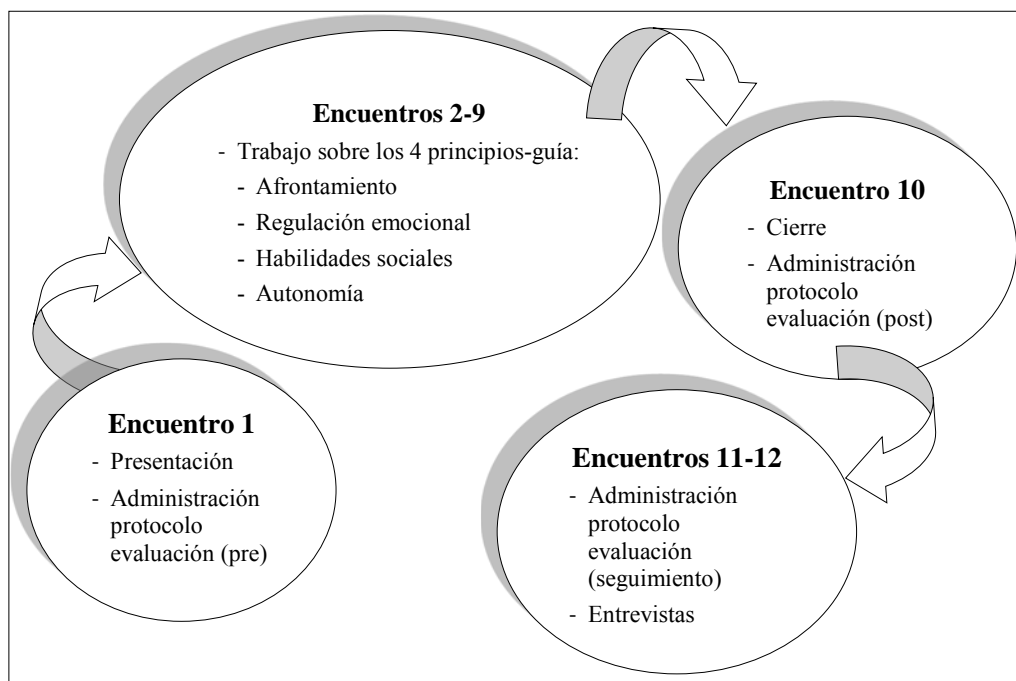


Figura 2. Características del PIPs-A: Secuencia y contenidos de los encuentros

Se decidió hacer la aplicación en dispositivo grupal por tratarse de un formato potente para fortalecer las individualidades en una dinámica interpersonal, y simultáneamente promover el apoyo y reconocimiento de los pares (Malekoff, 2004). Se estableció una cantidad de 6 a 8 integrantes como óptima para la composición de cada grupo. La idea es que el grupo pequeño favorezca una dinámica en la que las interacciones pudieran darse en un marco de intimidad, cercanía y confianza (Fernández Álvarez, 2008; Yalom, 1986).

La participación en el programa fue de carácter voluntario y se consideró como criterio de agrupabilidad pertenecer al mismo año escolar. Dicho criterio fue establecido dado que en estos casos la homogeneidad en las edades favorece la cohesión entre los participantes al compartir experiencias vitales similares propias de cada etapa. Al mismo tiempo, se consideró conveniente estimular la participación conjunta de chicas y chicos para así enriquecer el espacio de intercambios y experiencias.

Se estableció que el PIPs-A estuviera a cargo de dos profesionales psicólogos con roles diferenciales y complementarios, con formación específica, y entrenados especialmente en las funciones de coordinación e intervención en grupos con adolescentes. Uno a cargo de aplicar

el protocolo propiamente dicho y coordinar la agenda de trabajo. El otro profesional fundamentalmente dedicado a las variables dinámicas, es decir relacionales, derivadas de las interacciones sucesivas y simultáneas entre los participantes y con los coordinadores.

Efectivamente, durante el transcurso del programa se trabajó en dos niveles interdependientes: el de los aspectos *dinámicos* del grupo y los *contenidos específicos*.

En relación a los aspectos dinámicos, se procuró favorecer las interacciones entre los adolescentes y un adecuado equilibrio entre la cohesión y movilidad (Fernández Álvarez, 2008). La *cohesión* expresa el reconocimiento recíproco que existe entre los miembros y la representación colectiva del grupo como totalidad organizada construida por sus integrantes. Y la *movilidad*, el grado de incertidumbre que circula al interior del sistema grupal y que cada grupo habrá de tolerar en la medida que admita la discriminación entre los integrantes y una evolución diferenciada. La cohesión es al sentido de pertenencia como la movilidad al cambio.

El balance de ambos aspectos favorece un *clima grupal* propicio que expresará el nivel de satisfacción y la apertura que tienen los integrantes a partir de las experiencias de intercambio para implicarse en el proceso, los contenidos y las actividades propuestas.

Como en todo programa protocolizado, el diseño de las actividades se organizó a través de una agenda que, en correspondencia con los principios-guía, incluye los contenidos y actividades a desarrollar (ver Anexo 1). Estos contenidos están discriminados para cada uno de los encuentros, y siguen una secuencia progresiva de presentación, según la lógica del PIPs-A (Cingolani & Castañeiras, 2011). Un dato no menor a señalar como parte de este desarrollo tecnológico es que si bien los principios-guía a partir de los cuales se estructura y organiza esta intervención han sido determinados previamente, los contenidos a trabajar son aportados por los propios adolescentes a partir de sus experiencias personales. En este sentido,

se trata entonces de un programa versátil en su implementación, lo cual no altera la estructura general del mismo (figura 3).

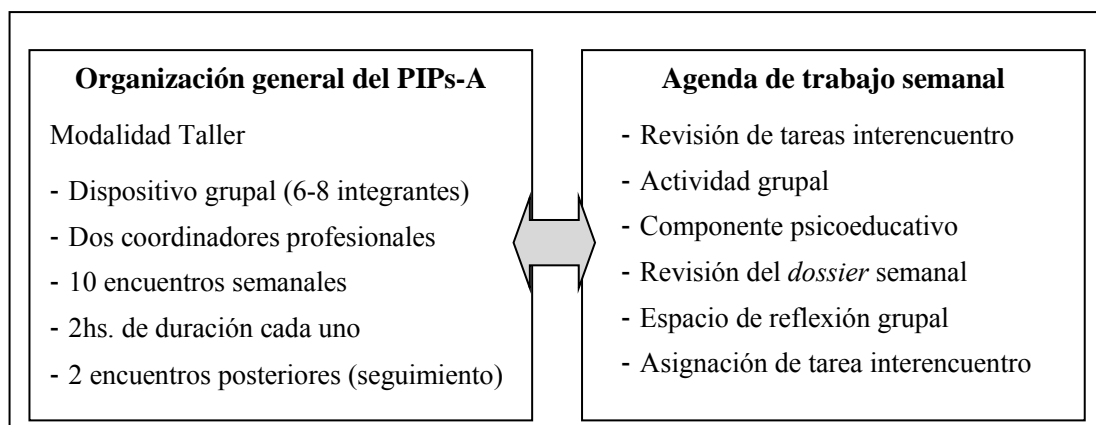


Figura 3. Características del PIPs-A: Organización general y agenda de trabajo

En todos los encuentros la agenda de trabajo se organizó bajo el mismo esquema general, que incluye distintos componentes:

- a) *Psicoeducación*: Hace referencia al componente educativo que los coordinadores aportan a los adolescentes sobre los contenidos a trabajar en cada uno de los módulos. De esta manera, se busca que los adolescentes dispongan de información sensible a los temas y actividades previstas con el fin de estimular el autoconocimiento y la comprensión de su experiencia personal y la de sus compañeros.
- b) *Reflexión grupal*: Se utiliza como una técnica de análisis e intercambio grupal que estimula la integración de la experiencia y la identificación de recursos en los adolescentes. Se propicia la participación activa a partir de la exploración guiada no directiva. Como señala Krueger (1991), los miembros del grupo se influyen mutuamente, puesto que responden a las ideas y comentarios que surgen en la misma discusión.
- c) *Tareas interencuentro*: Estas tareas fueron diseñadas por los autores del PIPs-A con el propósito de promover la incorporación e integración de los contenidos trabajados en cada encuentro con las experiencias personales de los adolescentes en su vida cotidiana, y

de esta forma potenciar el alcance e impacto de los temas desarrollados en los encuentros presenciales. Estas tareas -individuales y grupales- fueron de asignación semanal y se entregaban al finalizar cada encuentro. Los adolescentes debían completarlas durante la semana.

De modo complementario, semanalmente se le entregaba a cada adolescente un *dossier* con los contenidos y materiales a trabajar (ver Anexo 2). Este material de consulta y apoyo está organizado en cuatro módulos que se corresponden con los principios-guía del PIPs-A. En cada módulo se exponen de un modo claro y didáctico los temas abordados en el encuentro y se presentan las actividades previstas para la siguiente semana. De esta forma, el *dossier* permite darle continuidad a la intervención más allá del encuentro presencial, ya que los adolescentes disponen del mismo como material de consulta y repaso durante la semana.

Cabe señalar que el PIPs-A en su totalidad ha sido elaborado por el doctorando y su directora. Para el caso específico del *dossier*, se contó con el apoyo técnico de una diseñadora gráfica quien intervino sobre la presentación visual del mismo, para optimizar el alcance del programa.

La descripción detallada de los materiales utilizados para implementar este programa (agenda de trabajo y *dossier*) se adjunta en los Anexos 1 y 2 respectivamente. De modo sintético, se presenta en la tabla 2 la estructura general del PIPs-A, dando cuenta de la correspondencia entre cada uno de los encuentros y los módulos trabajados, las actividades y tareas interencuentro.

Tabla 2

Estructura general del PIPs-A

Encuentros	Módulos	Actividades	Tareas Interencuentro
1°	Presentación del programa	Pautas de funcionamiento. Consentimiento informado. Evaluación inicial (pre)	
2°	<i>I. ¿De qué se trata afrontar situaciones difíciles, nuevas, o de cambios?</i>	Viñetas gráficas. Análisis de situaciones que generan incertidumbre	Identificando dificultades para poder avanzar
3°	<i>I. ¿Cómo afronto mis experiencias?</i>	Ejemplos de diferentes tipos de afrontamiento. Su reconocimiento en experiencias personales de la vida cotidiana	Poniéndole el cuerpo a los problemas
4°	<i>II. ¿Por qué es importante ocuparnos de las emociones?</i>	Dramatización. Emociones básicas. Funciones. Características	Conviviendo con mis emociones
5°	<i>II. ¿Cómo manejo mis emociones?</i>	Autorregistro para la identificación de emociones. Regulación emocional. Fábula	Conociéndonos en espejo
6°	<i>III. ¿En qué consiste la comunicación?</i>	Amigo invisible. Aspectos básicos de la comunicación. Lenguaje verbal y no verbal.	Relacionándome con los demás
7°	<i>III. ¿Cómo me relaciono con los demás?</i>	Situaciones de relaciones interpersonales. Habilidades sociales. Estilos básicos de comunicación	Explorando mi sello de identidad
8°	<i>IV. ¿De qué se trata ser adolescente hoy?</i>	Sello personal. Afianzamiento de la identidad. Quién soy yo. Concepto de autoestima	Imaginando escenarios futuros
9°	<i>IV. ¿Qué significa ser protagonista de mi vida?</i>	Imaginando escenarios futuros. Construcción del guión personal. Importancia de la autoeficacia	Reflexionando sobre mi vida
10°	Integración de los contenidos trabajados durante el taller	Reflexiones para la vida. Producción gráfica Grupo de reflexión. Evaluación post	
11°-12°	Evaluaciones de seguimiento	Evaluaciones de seguimiento (3 y 6 meses) Entrevistas grupales	

CAPÍTULO 4

APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Objetivos e hipótesis del estudio

El objetivo general de esta investigación fue diseñar, aplicar y evaluar un programa de intervención psicosocial orientado a promover desarrollo saludable en adolescentes de 15 a 18 años.

Objetivos específicos

1. Diseñar y aplicar un protocolo de intervención estructurado y breve para promover desarrollo saludable en adolescentes de 15 a 18 años.
2. Identificar la presencia de cambios pre-post y seguimiento a 3 y 6 meses, en el nivel cognitivo, emocional y conductual, como efecto de la aplicación del protocolo.
3. Analizar el impacto de la intervención sobre el bienestar psicológico de los adolescentes.

En correspondencia con los objetivos planteados se formularon dos hipótesis de trabajo:

H₁) Los adolescentes que participen del programa de intervención psicosocial informarán cambios positivos significativos en las medidas de afrontamiento, en el manejo de sus emociones, en habilidades sociales, y en autonomía, comparados con los que no participen en él.

H₂) Los adolescentes que participen en el PIPs-A informarán puntuaciones significativamente mayores en bienestar psicológico al finalizar el programa y en el seguimiento a 3 y 6 meses, comparados con los que no participen en él.

Metodología

Diseño

La investigación propuesta incluyó dos fases:

1. Diseñar un programa de intervención psicosocial para promover desarrollo saludable en adolescentes.
2. Aplicar el programa y evaluar la presencia de cambios en quienes participaron del mismo.

Este estudio se basó en un diseño cuasi-experimental con grupo pre-post y grupo cuasi control, según la clasificación propuesta por Montero y León (2005). Se incluyen evaluaciones pretest (línea base) - posttest (finalización de la intervención) y seguimiento a los 3 y 6 meses de concluida la intervención. Las evaluaciones en los cuatro momentos se realizaron en ambos grupos (control e intervención).

Participantes

La muestra por disponibilidad estuvo conformada por 104 adolescentes, de los cuales 62 formaron parte del Grupo de Intervención (GI), y el resto fueron asignados como Grupo Control (GC). Este grupo estuvo conformado por adolescentes del mismo curso escolar, pero que no participaron del programa. El PIPs-A se aplicó a un total de 10 grupos.

En la tabla 3 se detallan las principales características de la composición de los grupos (intervención y control) y la secuencia temporal de implementación del programa en modalidad taller.

Tabla 3

Composición de los grupos (GI y GC)

Tipo y número de grupo	Año de implementación del PIPs-A	Curso, edades y cantidad de integrantes	Cantidad de integrantes distribuidos por sexo	
			Femenino	Masculino
GI 1	2009	3° Año; 17 años; n = 7	5	2
GI 2	2009	3° Año; 17 años; n = 8	3	5
GI 3	2009	2° Año; 16/17 años; n = 5	3	2
GC 3'	2009	2° Año; 16/17 años; n = 6	1	5
GI 4	2009	1° Año; 15/16 años; n = 6	6	0
GI 5	2010	3° Año; 17/18 años; n = 5	4	1
GC 5'	2010	3° Año; 17/18 años; n = 7	6	1
GI 6	2010	1° Año; 15/16 años; n = 4	4	0
GI 7	2010	2° Año; 16/17 años; n = 6	5	1
GC 7'	2010	2° Año; 16/17 años; n = 8	5	3
GI 8	2011	1° Año; 15/16 años; n = 7	6	1
GC 8'	2011	1° Año; 15/16 años; n = 8	7	1
GI 9	2012	3° Año; 17/18 años; n = 6	2	4
GC 9'	2012	3° Año; 17/18 años; n = 6	4	2
GI 10	2012	3° Año; 17 años; n = 8	7	1
GC 10'	2012	3° Año; 16/18 años; n = 7	1	6

Suspensión por Gripe A (H1N1)

Nota. CG = Grupo Control; GI = Grupo Intervención.

Como se observa en la tabla 3, el PIPs-A se logró completar efectivamente en 8 grupos de adolescentes (n = 47), dado que los dos primeros grupos no fueron considerados al momento de evaluar la intervención a causa de la interrupción por la gripe A (H1N1). En todos los casos se priorizó el criterio de participación voluntaria al considerar la motivación de los adolescentes como un elemento clave para la intervención.

Participaron estudiantes de escuelas públicas de la ciudad de Mar del Plata, con edades comprendidas entre los 15 y 18 años. Contemplando el cumplimiento de las pautas

propuestas por la Ley Nacional 25.326 de Protección de los Datos Personales con fines exclusivamente científicos, se contó con la autorización vía consentimiento informado por parte de las autoridades del colegio, de los padres y de los adolescentes antes de comenzar el estudio².

En la tabla 4 se presentan las características socio-descriptivas de la muestra.

Tabla 4

Características socio-descriptivas de la muestra

	GI	GC
n	47	42
Mujeres	76.6%	59.5%
Hombres	23.4%	40.5%
Edades	$M = 16.02 \pm 0.76$	$M = 16.33 \pm 0.61$
1° (15-16 años)	36.2%	19.1%
2° (16-17 años)	23.4%	33.3%
3° (17-18 años)	40.4%	47.6%
Vive con madre y padre	72.3%	71.4%

Procedimiento

En el año 2009 se presentó el protocolo de intervención diseñado en el marco de esta investigación a una de las instituciones educativas de la ciudad de Mar del Plata que había participado en la primera etapa de relevamiento de datos (Cingolani et al., 2008). A este colegio asisten aproximadamente 350 adolescentes de entre 15 y 18 años. El interés y disposición de la institución para implementar el programa dio lugar a la gestión de las autorizaciones correspondientes para ofrecerlo como un Taller extra-curricular optativo denominado *¿Cómo ser adolescente hoy y no morir en el intento?* Con esta denominación que surgió como una alusión a la complejidad de esta etapa signada por los cambios, se

² Para más información ver Anexo 3, *Consentimiento Informado*.

propuso un espacio de trabajo e intercambio que invitara a reflexionar y generar alternativas sobre el devenir adolescente.

El Taller se organizó en 10 encuentros de 2 hs. de duración cada uno y 2 encuentros correspondientes a las evaluaciones de seguimiento (a los 3 y 6 meses de haber finalizado la intervención).

El procedimiento de presentación y convocatoria al Taller incluyó:

- a) La difusión de la actividad a través de carteleras y afiches. También se visitaron los cursos para informar sobre su realización, y se contó con el apoyo de docentes y directivos de los establecimientos.
- b) La inscripción de los adolescentes interesados en los días y horarios propuestos por la institución.
- c) La posterior organización de los grupos (de 6 a 8 integrantes cada uno).

Asimismo, se creó una dirección de correo electrónico y una cuenta de facebook específicas para establecer y mantener contacto y comunicación con los adolescentes. Se organizó un primer encuentro con los inscriptos, con el fin de informarles sobre las características generales del Taller, atender las inquietudes que pudieran surgir con respecto a la propuesta y acordar la fecha de inicio.

El programa comenzó a implementarse en el año 2009 con una inscripción voluntaria de 20 adolescentes. En la primera edición se priorizó la participación de quienes cursaban el último año escolar (17 años), por estar próximos a la finalización de su permanencia en la institución.

En el mes de mayo de ese mismo año se inició el Taller con los dos primeros grupos, los cuales se vieron interrumpidos por el alerta sanitario de la gripe A (H1N1). Esta situación obligó a la suspensión de las actividades y a la reorganización de las posteriores

aplicaciones. Ante esta contingencia no posible de prever en la planificación inicial, los investigadores decidieron de todas maneras analizar preliminarmente los datos de estos primeros grupos a modo de testeo de la aplicabilidad del programa.

Durante el mes de agosto, luego del receso vacacional se realizó una nueva convocatoria, esta vez dirigida a los alumnos de 1° y 2° año (15/17 años). En esta oportunidad se inscribieron voluntariamente 24 adolescentes, pero en función de la disponibilidad institucional se completaron solo dos grupos de 5 y 6 integrantes cada uno (G3 y G4). Se conformó una lista de espera con quienes no pudieron incluirse en estos grupos y se mostraban interesados en participar. Estos adolescentes tendrían prioridad al momento de ofrecerse la siguiente edición del Taller.

En el año 2010 se realizó el Taller durante todo el ciclo lectivo (ambos cuatrimestres). En la primera parte del año se inscribieron 29 adolescentes pero se pudo conformar un solo grupo, debido a que la institución disponía de un único espacio áulico que podía ser ocupado los días viernes. Este grupo (G5) lo iniciaron 7 adolescentes de 3° año.

En el segundo cuatrimestre de ese mismo año se realizó nuevamente la convocatoria y se inscribieron 32 adolescentes. En esta oportunidad se pudieron conformar dos grupos de 8 personas cada uno (G6 y G7).

Al iniciar el ciclo lectivo 2011 se inscribieron 43 adolescentes, pero al igual que el año anterior, por falta de disponibilidad áulica solo se pudo poner en marcha un grupo de 8 adolescentes de 1° año (G8).

Cuestiones básicamente referidas a la falta de espacios áulicos y a otras variables del funcionamiento institucional (exámenes, viajes escolares, jornadas de extensión, paros) dificultaron aplicar el dispositivo durante el segundo cuatrimestre del 2011, pese a que 48 adolescente estaban interesados en participar.

En marzo de 2012 se ofreció nuevamente el Taller contando con una numerosa convocatoria. La disponibilidad institucional permitió conformar un solo grupo de 8 adolescentes del último año (G9).

En función de lo inicialmente planificado se retomaron las gestiones para poder aplicar el PIPs-A en otras instituciones educativas públicas de la ciudad. En el año 2011 autorizaron su implementación una Escuela Media y otra Técnica de la ciudad, a las que asistían alumnos de distintos barrios, predominantemente provenientes de contextos de vulnerabilidad socioeconómica.

En 2012 se difundió el PIPs-A en la Escuela Media. De esa convocatoria, 7 adolescentes de 2° Polimodal expresaron su interés en participar. Pero los horarios ofrecidos por disponibilidad institucional no hicieron posible su realización.

Al mismo tiempo, en abril, se estaba gestionando la propuesta en una Escuela Técnica Municipal, institución más pequeña que las anteriores, y en la que el director se mostró particularmente interesado, facilitó la difusión del PIPs-A entre los alumnos del último año, y se logró efectivizar el Taller con un grupo de 8 adolescentes (G10).

En la tabla 5 se muestra la evolución de la cantidad de inscriptos y de participantes efectivos del PIPs-A.

Tabla 5

Adolescentes inscriptos y participantes efectivos en el PIPs-A

Año	2009		2010		2011		2012	
	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°
Adolescentes inscriptos	20	24	29	32	43	48	42	19
Adolescentes efectivos	15	11	5	10	7	--	6	8

Desde que se inició la propuesta del Taller se inscribieron más de 200 adolescentes interesados en participar, fundamentalmente motivados por la recomendación de sus propios compañeros que ya habían asistido al mismo.

Cabe mencionar que no todos los adolescentes que se inscribieron para participar del PIPs-A sostuvieron efectivamente la propuesta. Hubo desgranamiento en algunos grupos, fundamentalmente en el segundo encuentro. En estos casos, los coordinadores se pusieron en contacto con estos adolescentes para analizar conjuntamente los motivos de estos “abandonos”. Quienes no continuaron con la propuesta refirieron principalmente:

- Dificultades para sostener el espacio por sobrecarga de actividades (estudio/deportes).
- Desinterés por participar junto a quienes efectivamente integrarían ese grupo.

Como se señaló anteriormente, uno de los objetivos de este proyecto fue evaluar el PIPs-A. Por este motivo se aplicó un protocolo de evaluación de manera individual en los 4 momentos previstos (pre-post-seguimiento a los 3 y 6 meses) a todos los adolescentes (GC y GI), y se administraron entrevistas grupales en la fase de seguimiento. Además se contó con un registro audiovisual -filmación- de cada uno de los encuentros, material que facilitó el posterior análisis del trabajo grupal.

Instrumentos de evaluación

Con la finalidad de evaluar el PIPs-A se diseñó un registro de datos y se seleccionaron 8 instrumentos de evaluación psicológica, que aportan medidas relacionadas con los componentes del programa en distintos momentos (pre-post y seguimientos)³. Se siguió un criterio de selección de técnicas en función de la calidad psicométrica y la aplicabilidad que permitieran evaluar:

³ Para más información ver Anexo 4, *Protocolo de evaluación*.

- a) una línea base (control sintomático y resiliencia),
- b) variables cognitivas, emocionales y conductuales seleccionadas en correspondencia con los principios-guía que organizaron la intervención (afrentamiento, regulación emocional, comunicación y habilidades sociales, y autonomía), y de las cuales se presumieran variaciones debidas a la aplicación del PIPs-A (pre-post-seguimiento), y
- c) medidas de impacto indirecto (bienestar psicológico y satisfacción con la vida), es decir, variables sobre las cuales se esperaba que se detectaran cambios positivos debidos a los efectos del programa sobre las variables objeto de la intervención (figura 4).

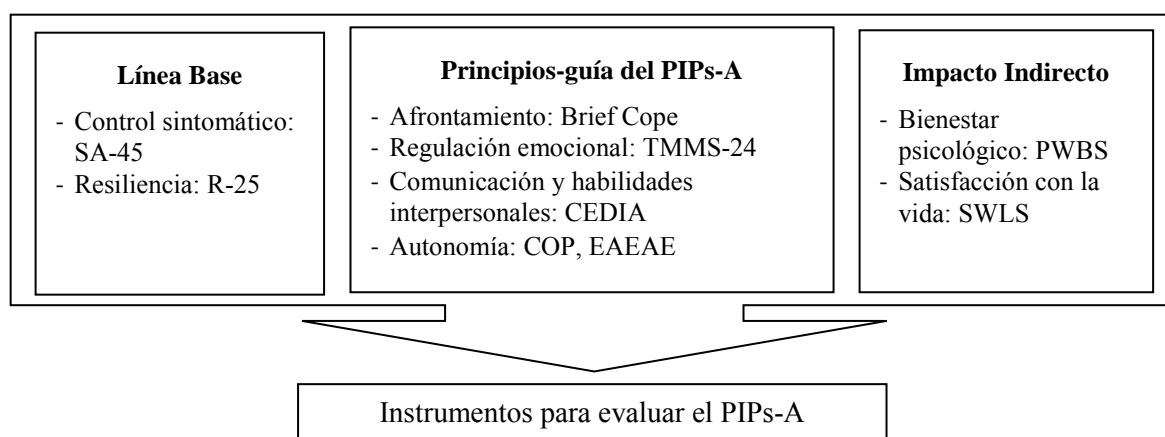


Figura 4. *Medidas incluidas para la evaluación del PIPs-A*

Por otro lado, en las evaluaciones de seguimiento, además de las medidas de autoinforme, se incluyeron entrevistas grupales de carácter retrospectivo para explorar los significados y experiencias de los adolescentes que participaron en el Taller.

A continuación se presenta cada uno de los instrumentos utilizados, se informan las normas de aplicación y las propiedades psicométricas correspondientes.

Registro de datos.

Diseñado específicamente para esta investigación, indaga aspectos socio-descriptivos sobre las relaciones del adolescente con su familia, amigos y compañeros; hábitos y conductas de salud como alimentación, sueño, consumo de sustancias; y tratamiento psicológico/psiquiátrico en curso.

Cuestionario de Síntomas (SA-45) de Sandin, Valiente, Chorot, Santed y Lostao (2008).

Se trata de un autoinforme de síntomas -versión abreviada de la SCL-90- que evalúa a través de 45 reactivos con formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos, nueve dimensiones primarias definidas sobre la base de criterios clínicos, racionales y empíricos. Los participantes deben indicar la frecuencia con la que han experimentado cada síntoma durante la última semana. Los grupos sintomáticos son:

- 1) *Somatizaciones*: Evalúa la presencia de malestar percibido relacionado con diferentes disfunciones corporales, por ejemplo síntomas cardiovasculares, gastrointestinales y respiratorios.
- 2) *Obsesiones y compulsiones*: Incluye síntomas referidos a pensamientos, acciones e impulsos vividos como disruptivos, imposibles de evitar o no deseados.
- 3) *Sensitividad interpersonal*: Alude a la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, particularmente cuando la persona se compara con sus semejantes.
- 4) *Depresión*: Describe manifestaciones clínicas como estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza e ideaciones suicidas.
- 5) *Ansiedad*: Indaga la presencia de signos generales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico y miedos.

6) *Hostilidad*: Hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo, como gritar, o golpear cosas.

7) *Ansiedad fóbica*: A diferencia de la dimensión ansiedad, esta escala alude a una respuesta persistente de miedo, ya sea a personas específicas, lugares, objetos, y/o situaciones, que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación al estímulo que la genera.

8) *Ideación paranoide*: Evalúa desórdenes del pensamiento, como por ejemplo pensamiento proyectivo, suspicacia y desconfianza.

9) *Psicoticismo*: Incluye un amplio espectro de síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y sensación de control del pensamiento.

Los autores del instrumento proporcionan evidencia a favor de la consistencia interna de la medida, con un coeficiente alfa de Cronbach de .95.

Escala de Resiliencia (RS-25) de Heilemann, Lee y Kury (2003).

Originalmente desarrollada por Wagnild y Young (1993), permite evaluar la adaptación psicosocial frente a eventos importantes de la vida. Se utilizó la versión al español, compuesta por 25 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 7 puntos.

El análisis factorial generó dos factores diferenciados que explican el 44% de la varianza de las puntuaciones:

1) *Competencia personal*: Entendida como el reconocimiento de capacidad personal, independencia, dominio, perseverancia, habilidad.

2) *Aceptación de sí mismo y de la vida*: Alude a la confianza en sí mismo, satisfacción personal, adaptación y flexibilidad.

Este instrumento aporta un puntaje de escala total.

Los autores del instrumento indican para el factor competencia personal un índice de fiabilidad de .97, y para aceptación de sí mismo y de la vida de .60. La consistencia interna de la escala total (α de Cronbach) es de .97.

Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (Brief-Cope) de Carver (1997).

Para este trabajo se aplicó la versión disposicional de esta escala, que consta de 28 ítems presentados sobre una escala tipo Likert de 4 puntos. Las estrategias evaluadas son:

- 1) *Afrontamiento activo*: Iniciar acciones directas, incrementar los propios esfuerzos para eliminar o reducir al estresor.
- 2) *Planificación*: Pensar cómo afrontar un estresor. Planificar estrategias de acción, los pasos a dar y la dirección de los esfuerzos a realizar.
- 3) *Reinterpretación positiva*: Buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación.
- 4) *Aceptación*: Aceptar el hecho de lo que está ocurriendo.
- 5) *Humor*: Hacer bromas sobre el estresor o reírse de las situaciones estresantes, minimizando el efecto de las mismas.
- 6) *Religión*: Recurrir a la religión en momentos de estrés; aumentar la participación en actividades religiosas.
- 7) *Uso de apoyo emocional*: Conseguir apoyo emocional y comprensión por parte de otros.
- 8) *Apoyo instrumental*: Buscar ayuda, consejo, información en personas competentes.
- 9) *Autodistracción*: Focalizarse en otros proyectos; intentos de distracción para evitar pensar en el estresor.
- 10) *Negación*: Negar la realidad del suceso estresante.

11) *Descarga emocional*: Aumento de la conciencia del propio malestar emocional, y tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.

12) *Uso de sustancias*: Tomar alcohol u otras sustancias con el fin de sentirse bien o para poder soportar el estresor.

13) *Renuncia*: Reducir los esfuerzos para afrontar el estresor, incluso renunciando a lograr las metas.

14) *Autocrítica*: Criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.

Esta versión abreviada presenta buenas propiedades psicométricas (Carver, 1997), con una fiabilidad interna medida por el coeficiente alfa de Cronbach entre .50 y .90 para las diferentes escalas (solo en tres escalas está por debajo de .60).

Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales (TMMS-24) de Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004).

La TMMS-24 es una versión reducida y adaptada al castellano de la escala americana Trait Meta-Mood Scale (TMMS) de Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai (1995). Evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales mediante 24 reactivos que analizan las destrezas a partir de las que se manejan las propias emociones y la capacidad para regularlas. A los adolescentes se les pide que valoren el grado en el que están de acuerdo con cada una de las afirmaciones presentadas sobre una escala tipo Likert de 5 puntos. Este instrumento contiene tres dimensiones clave de la inteligencia emocional:

1) *Atención*: Hace referencia a los procesos de percepción, a la identificación de los propios estados emocionales.

2) *Claridad*: Alude a la comprensión, es decir, la claridad y significado que cada uno le atribuye a las emociones.

3) *Reparación*: Remite a la regulación emocional, la intención y capacidad de la persona para modificar los componentes de la propia experiencia emocional.

Fernández-Berrocal et al. (2004) han encontrado en la escala una consistencia interna (α de Cronbach) de .90 para *Atención*, .90 para *Claridad*, y .86 para *Reparación*. Igualmente, presenta una fiabilidad test-retest adecuada (*Atención* $r = .60$; *Claridad* $r = .70$ y *Reparación* $r = .83$).

Cuestionario de Dificultades Interpersonales en la Adolescencia (CEDIA) de Inglés et al. (2000).

Se trata de una medida de autoinforme destinada a detectar el nivel de dificultad que presentan los adolescentes de entre 12 y 18 años en sus relaciones interpersonales. Está compuesta por 39 preguntas distribuidas en 5 factores:

- 1) *Aserción*: Expresa los problemas que pueden tener los adolescentes para solicitar algún servicio, hacer algún reclamo o quejarse en lugares públicos.
- 2) *Relaciones con el otro sexo*: Da cuenta de las dificultades del adolescente para comunicarse e interactuar con personas del sexo opuesto.
- 3) *Relaciones con iguales*: Se refiere a los problemas en las interacciones con compañeros de clase o grupos de pares.
- 4) *Hablar en público*: Comprende los obstáculos para comunicar mensajes frente a un grupo o auditorio.
- 5) *Relaciones familiares*: Incluye las limitaciones del adolescente para interactuar con su padre, madre y hermanos.

Los 39 reactivos muestrean una amplia gama de situaciones interpersonales con personas de diferente edad, género, nivel de autoridad y grado de conocimiento o confianza en diversos contextos (hogar, colegio, compañeros del mismo o de distinto sexo

y situaciones de calle, comerciales o de servicios). El adolescente valora su grado de dificultad en un acuerdo con una escala Likert de 5 puntos. Puntajes más elevados indican mayores dificultades interpersonales.

Inglés et al. (2000) demostraron que el CEDIA presenta una consistencia interna en la puntuación total de .91, y una fiabilidad test-retest de .78 (en un intervalo de dos semanas). La consistencia interna de los factores de la prueba es de .86 para *Aserción*, .82 para las *Relaciones con el otro sexo*, de .75 para *Relaciones con iguales*, de .78 para *Hablar en público*, y de .69 para las *Relaciones familiares*. Por lo tanto, esta escala posee adecuadas propiedades psicométricas, elevada fiabilidad y estructura dimensional (validez de constructo).

Escala de Competencias Personales Percibidas (COP) de Fernández Castro, Álvarez, Blasco, Doval y Sanz (1998).

Esta escala es la adaptación al español de la prueba de Wallston (1992). Contiene 8 ítems o afirmaciones sobre el grado de competencia personal general para manejar o superar situaciones de la vida. A través de cuatro ítems positivos y cuatro negativos, con formato de respuesta tipo Likert de 6 puntos, se obtiene un puntaje total.

La consistencia interna de la escala adaptada al castellano estimada a través del coeficiente alfa de Cronbach es de .83.

Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés (EAEAE) de Godoy-Izquierdo y Godoy (2006).

Se trata de un instrumento útil y apropiado para evaluar el grado de confianza en la habilidad personal para afrontar eficazmente el estrés. Consta de 8 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 5 puntos, y se distribuyen en dos subescalas:

1) *Expectativas de eficacia* (EE): Se refiere a los juicios subjetivos (creencias) sobre las capacidades personales de control del estrés.

2) *Expectativas de resultado* (ER): Alude a las creencias personales sobre las consecuencias de las capacidades personales (o carencia de ellas) para manejar el estrés.

También es posible obtener un puntaje total por sumatoria de las dos puntuaciones parciales. La escala mide la autoeficacia para el afrontamiento del estrés.

En cuanto a las propiedades psicométricas, el coeficiente alfa de Cronbach para la escala completa tiene un valor de .75, de .60 para el componente de EE, y de .66 para el componente ER. La fiabilidad de la escala completa alcanza un coeficiente de correlación de .79, y cuenta con validez de constructo y convergente. Estos resultados indican una adecuada fiabilidad de la EAEAE y sus subescalas.

Escalas de Bienestar Psicológico (PWBS), de Castañeiras, Verdinelli y Posada (2009).

Se administró la traducción argentina en proceso de adaptación, de la escala original de Ryff y Keyes (1995). Consta de 42 reactivos que se responden en formato de respuesta tipo Likert de 6 puntos, y a partir de los cuales se evalúan 6 dimensiones:

1) *Autoaceptación*: Refiere a sentirse bien siendo consciente de las propias limitaciones. Tener actitudes positivas hacia uno mismo es una característica fundamental del funcionamiento psicológico positivo.

2) *Relaciones con otros*: Se requiere mantener relaciones sociales estables y tener amigos en quienes confiar. La capacidad para amar y una afectividad madura es un componente fundamental del bienestar y de la salud mental.

3) *Autonomía*: Evalúa la capacidad de la persona de sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales. Se espera que personas con elevados niveles de autonomía puedan resistir mejor la presión social y autorregular mejor su comportamiento.

4) *Dominio del entorno*: Habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para sí mismos. Las personas con un alto dominio del entorno poseen una mayor sensación de control y se sienten capaces de influir sobre el contexto que les rodea.

5) *Propósito en la vida*: Se requiere que la persona tenga metas claras y sea capaz de definir sus objetivos vitales. Un alto puntaje en esta escala indicaría que se tiene claridad respecto a lo que se quiere en la vida.

6) *Crecimiento personal*: Evalúa la capacidad del individuo de generar las condiciones para desarrollar sus potencialidades y seguir creciendo como persona.

Los coeficientes de confiabilidad obtenidos para la muestra original fueron: *Autoaceptación* $\alpha = .84$, *Dominio del entorno* $\alpha = .78$, *Relaciones positivas con otros* $\alpha = .78$, *Propósito en la vida* $\alpha = .70$, *Crecimiento personal* $\alpha = .75$, y *Autonomía* $\alpha = .71$.

Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita (2000).

La versión original es de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985). Este instrumento aporta un índice general de satisfacción con la vida, entendida como un factor del constructo general bienestar subjetivo. Consta de 5 ítems directos que se responden con una escala Likert de 5 puntos.

Los datos aportados por Neto (1993) revelan la existencia de un único factor que representa el 53.3% de la varianza. El índice de fiabilidad calculado para la escala alfa de Cronbach es de .84, lo cual indica que la escala tiene una buena consistencia interna.

Entrevista grupal.

Con el objetivo de contar con información complementaria a las respuestas de los participantes a las medidas de autoinforme se elaboró un guión para indagar la experiencia grupal de los adolescentes en el PIPs-A. Se optó por utilizar una entrevista grupal como forma de investigación cualitativa para relevar las actitudes y opiniones del grupo (Vargas Jiménez, 2012) en relación a la participación en el programa. Para la elaboración del guión se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

- Valoración general del PIPs-A.
- Apreciación de cada uno de los módulos.
- Aspectos positivos y negativos si los hubiera.
- Interés y aporte de las actividades propuestas y las tareas realizadas.
- Cambios percibidos a partir de la participación en el PIPs-A respecto a sus propios recursos.

En este capítulo se han presentado los objetivos del estudio, hipótesis, participantes, instrumentos y procedimiento de aplicación y evaluación del PIPs-A. En el apartado siguiente se expondrán los resultados correspondientes a la evaluación del programa de intervención.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados de la investigación. Para una mayor claridad en la exposición se seguirá una organización secuencial en función de los objetivos planteados.

Objetivo 1

Diseñar y aplicar un protocolo de intervención estructurado y breve para promover un desarrollo saludable en adolescentes de 15 a 18 años.

Este objetivo fue alcanzado en la primera fase de la investigación e implicó un extenso y profundo proceso de revisión y análisis de la literatura especializada sobre adolescencia, básicamente relacionadas con un modelo salugénico, y las intervenciones psicológicas orientadas a la promoción de aspectos saludables en población adolescente. Dada la complejidad y extensión del programa diseñado se dedicaron un capítulo y dos anexos específicamente para su descripción pormenorizada (Capítulo 3, y Anexos 1 y 2).

Tal como se desarrolló en el Capítulo IV, el protocolo del PIPs-A se aplicó entre los años 2009 y 2012 a 10 grupos de adolescentes con edades comprendidas entre 15 y 18 años⁴ de escuelas públicas de la ciudad de Mar del Plata.

Objetivo 2

Identificar la presencia de cambios pre-post y seguimiento a 3 y 6 meses, en el nivel cognitivo, emocional y conductual, como efecto de la aplicación del protocolo.

A partir de los datos recogidos en los cuatro momentos de evaluación y con el propósito de evaluar el alcance del programa, se estableció una lógica de análisis intergrupos e intragrupo que incluyó estadística descriptiva e inferencial, y se organizó de la siguiente manera:

⁴ Para más información sobre la conformación de los grupos ver Capítulo 4, apartado *Participantes*.

Por un lado se llevó a cabo una estrategia de tratamiento comparativo con el objetivo de analizar las diferencias entre los Grupos de Intervención (GI) y los Grupos Control (GC) en cada una de las variables estudiadas y en los distintos momentos (previo a la intervención - posterior a la intervención - de seguimiento a los 3 y 6 meses) *-análisis intergrupos-*.

Se calculó el tamaño del efecto (d de Cohen), como índice de la magnitud del efecto de la intervención, que aporta una estimación de la relevancia de las diferencias encontradas⁵.

Posteriormente, se realizaron análisis de medidas repetidas con los Grupos de Intervención en los cuatro momentos evaluados *-análisis intragrupo-*.

En este caso también se calcularon los tamaños del efecto complementarios al contraste de medias⁶.

La primera etapa implicó dos tipos de análisis:

- estimar la homogeneidad de los GI en variables socio-descriptivas y línea base, y
- establecer la homogeneidad entre los GI y los GC en la pre-intervención.

No se hallaron diferencias significativas (prueba de Kruskal-Wallis) entre los distintos grupos de intervención tomados cada uno de ellos como unidad de análisis ($n = 8$). Lo mismo sucedió con respecto a los controles, por lo que se decidió como estrategia general de análisis considerarlos como un grupo de intervención y un grupo control respectivamente.

⁵ Valores de referencia d de Cohen. Tamaños del efecto pequeño = .20; mediano = .50; grande = 0.80.

⁶ Valores de referencia Eta cuadrado (η^2). Tamaños del efecto pequeño = .01; mediano = .059; grande = .138.

Complementariamente, se evaluó el efecto modulador de la edad sobre las variables analizadas (ANOVA de un factor). No se hallaron diferencias estadísticas significativas en función de este criterio.

Se realizaron además análisis multivariados (MANOVA) controlando el efecto de las medidas de línea base (control sintomático y resiliencia) para los distintos momentos evaluados. En este caso se constató la tendencia de puntuaciones más favorables en las variables analizadas en los adolescentes que participaron del PIPs-A. De todas maneras se decidió incluir una estrategia de análisis por componente con el fin de establecer los cambios específicos en función de los principios sobre los cuales se organizó la intervención.

A continuación se exponen los resultados organizados en función del criterio oportunamente establecido⁷: a) medidas de línea base; y b) medidas de variables cognitivas, emocionales y conductuales sobre las cuales se esperaban cambios derivados de la aplicación del programa.

Específicamente, las medidas de impacto indirecto, como el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida serán analizadas como parte del tercer objetivo de esta Tesis.

Análisis intergrupos (Grupo Intervención - Grupo Control)

a) Medidas de línea base (control sintomático y resiliencia).

La decisión de incluir síntomas y resiliencia como medidas control en este estudio se basó en que, si bien no se esperaban variaciones directamente derivadas de la aplicación del programa en estas medidas, al tratarse de un programa para promover desarrollo saludable era necesario, por un lado, contar con datos clínicos de referencia, y por otro,

⁷ Para más información ver Capítulo 4, apartado *Instrumentos de evaluación*.

evaluar resiliencia y así disponer de una medida diferencial en términos de fortalezas en los adolescentes.

Se aplicaron pruebas de diferencia de medias (*t* de Student) para analizar las puntuaciones comparadas GI-GC en los diferentes momentos. Se hallaron diferencias estadísticas significativas en el momento pre-intervención en *Hostilidad* ($t = -3.21$, $p = .002$, $d = .77$), *Somatización* ($t = -3.90$, $p = .000$, $d = .60$), *Ansiedad* ($t = -3.10$, $p = .003$, $d = 1.01$), *Ideación paranoide* ($t = -2.78$, $p = .007$, $d = .62$) y *Psicoticismo* ($t = -3.50$, $p = .001$, $d = .84$). Como se observa en la tabla 6, en todos los casos las puntuaciones más elevadas corresponden al GI. Esto indica que quienes se acercaron a participar del PIPs-A informaron más pensamientos, sentimientos y conductas característicos de la presencia de afectos negativos; más presencia de malestar percibido relacionado con diferentes disfunciones corporales; más signos de ansiedad; más pensamiento proyectivo, suspicacia, y temor a la pérdida de autonomía; y un más amplio espectro de síntomas referidos a estados de soledad, en comparación con el GC.

Tabla 6

Puntuaciones medias pre-post y seguimiento en las dimensiones de síntomas en el GI y GC

	Pre		Post		Seg. 3m.		Seg. 6m.	
	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI
HOS	3.07 (3.20)	6.26 (5.87)	3.02 (4.08)	6.17 (5.34)	3.76 (3.71)	5.44 (4.33)	3.71 (3.85)	4.00 (3.51)
SOM	2.62 (3.07)	5.49 (3.77)	3.57 (3.84)	5.89 (4.37)	3.43 (3.38)	5.96 (4.75)	3.19 (3.35)	4.40 (3.38)
DEP	4.76 (3.66)	6.19 (4.28)	5.60 (4.00)	6.15 (3.94)	5.71 (4.12)	6.27 (4.88)	5.36 (3.54)	5.02 (4.05)
OBS	5.48 (3.78)	6.77 (3.92)	6.40 (4.61)	6.67 (3.89)	5.93 (3.96)	6.69 (3.68)	6.67 (4.28)	5.32 (3.24)
ANS	3.71 (3.02)	6.13 (4.26)	4.12 (3.25)	7.39 (4.32)	4.02 (2.98)	6.91 (3.99)	4.29 (3.66)	5.40 (3.14)
SI	4.88 (3.65)	5.32 (3.84)	5.76 (4.14)	5.35 (3.86)	5.60 (3.80)	5.16 (3.89)	5.43 (3.78)	3.89 (2.91)
AF	1.88 (2.14)	2.79 (2.93)	2.26 (2.31)	2.52 (2.45)	2.21 (2.31)	2.80 (3.27)	2.57 (2.76)	1.77 (2.27)
IP	4.12 (3.08)	6.04 (3.40)	5.40 (3.56)	6.11 (3.48)	5.14 (3.56)	5.29 (3.23)	5.29 (3.45)	4.51 (2.72)
PSIC	0.95 (1.78)	2.45 (2.24)	1.86 (2.27)	2.17 (2.06)	1.90 (2.33)	1.82 (1.52)	1.88 (2.31)	1.17 (1.13)

Nota. Los datos están expresados como Medias (Desvíos). Pre = Pretest; Post = Posttest; Seg. 3m. = Seguimiento a 3 meses; Seg. 6m. = Seguimiento a 6 meses; GC = Grupo Control; GI = Grupo Intervención; HOS = Hostilidad; SOM = Somatización; DEP = Depresión; OBS = Obsesiones y compulsiones; ANS = Ansiedad; SI = Sensitividad interpersonal; AF = Ansiedad fóbica; IP = Ideación paranoide; PSIC = Psicoticismo. Rango = 0-20.

El análisis de las puntuaciones de síntomas en la post-intervención indicó diferencias significativas en *Hostilidad* ($t = -3.12, p = .002, d = .77$), *Somatización* ($t = -2.63, p = .010, d = .60$) y *Ansiedad* ($t = -3.99, p = .000, d = 1.01$).

En las evaluaciones de seguimiento, a los 3 meses de haber finalizado la intervención se mantuvieron las diferencias en las mismas dimensiones: *Hostilidad* ($t = -1.94, p = .056, d = .45$), *Somatización* ($t = -2.87, p = .005, d = .75$) y *Ansiedad* ($t = -3.80, p = .000, d = .97$).

A los 6 meses solo se observó diferencia significativa en *Sensitividad interpersonal* ($t = 2.15, p = .034, d = -.41$).

Es importante señalar que en ninguno de los momentos las puntuaciones en síntomas alcanzaron valores clínicos en los grupos comparados. Otro dato a considerar es la disminución de las puntuaciones medias con respecto al momento pre-intervención en el GI, y que en cinco dimensiones (*Depresión, Obsesiones y compulsiones, Sensitividad interpersonal, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo*) los adolescentes del GI presentaron valores más bajos que los del GC a los seis meses de finalizada la intervención.

Asimismo, para aportar mayor claridad a la interpretación de estos resultados, se procedió a realizar un análisis por ítems para establecer qué contenidos aportaban la diferencia en aquellas dimensiones en las que los grupos se diferenciaban (tabla 7).

Tabla 7
Diferencia de medias para los ítems de las dimensiones de la SA-45

	<i>t</i>			
	Pre	Post	Seg. 3m.	Seg. 6m.
Hostilidad				
7. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no lográs controlar.	-2.73*	-3.04**	-2.71*	ns.
34. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien.	-2.06*	-2.09*	-2.06*	ns.
35. Tener ganas de romper algo.	-2.91**	-2.64*	-3.04**	ns.
39. Tener discusiones frecuentes.	ns	-2.03*	-2.01*	ns.
43. Gritar o tirar cosas.	-3.32***	-2.92**	-2.99**	ns.
Somatización				
18. Dolores musculares.	-4.18***	ns	-3.71***	ns
23. Sentir calor o frío de repente.	ns	ns	ns	ns
26. Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo.	-2.77**	ns	-2.98**	ns
29. Sentirte débil en alguna parte del cuerpo.	-2.21*	-2.50**	ns	ns
31. Pesadez en los brazos o en las piernas.	ns	Ns	ns	ns
Ansiedad				
6. Tener miedo de repente y sin razón.	-2.41*	ns	-2.70**	ns
12. Sentirte nervioso/a o con mucha ansiedad.	ns	-3.04**	-2.53**	ns
30. Sentirte preocupado/a, tenso/a o agitado/a.	-2.37*	-4.10***	-2.56**	ns
38. Ataques de terror o pánico.	-2.78**	-2.39**	ns	ns
41. Sentirte inquieto/a o intranquilo/a.	-2.96**	-3.54***	-3.69***	ns
Sensitividad interpersonal				
14. La sensación de que los demás no te comprenden o no te hacen caso.	ns	ns	ns	ns
15. La impresión de que otras personas son poco amistosas (...).	ns	ns	ns	3.34**
17. Sentirte inferior a los demás.	ns	ns	ns	ns
32. Sentirte incómodo cuando la gente te mira o habla acerca tuyo.	ns	ns	ns	2.24*
36. Sentirte muy tímido/a entre otras personas.	ns	ns	ns	2.30*
Ideación paranoide				
2. Creer que la mayoría de tus problemas son culpa de los demás.	-2.40*	ns	ns	ns
5. La idea de que no te podés fiar de la mayoría de las personas.	ns	ns	ns	ns
19. Sensación de que las otras personas te miran o hablan de vos.	-2.39*	ns	ns	ns
40. El que otros no reconozcan adecuadamente tus logros.	-2.54*	ns	ns	ns
44. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de vos si los dejaras	-3.04**	ns	ns	ns
Psicoticismo				
1. La idea de que otra persona pueda controlar tus pensamientos.	-2.76*	ns	ns	ns
4. Oír voces que otras personas no oyen.	-2.09*	ns	ns	ns
13. Creer que los demás se dan cuenta de tus pensamientos.	ns	ns	ns	ns
33. Tener pensamientos que no son tuyos.	-3.24**	ns	ns	ns
45. La idea de que deberías ser castigado/a por tus pecados.	ns	ns	ns	ns

Nota. Los datos están expresados como Medias (Desvíos). Pre = Pretest; Post = Postest; Seg. 3m. = Seguimiento a 3 meses; Seg. 6m. = Seguimiento a 6 meses.

*p < .05; **p < .01; ***p < .001

Al analizar las dimensiones de la escala de resiliencia, solo se observaron diferencias intergrupos a seis meses de finalizada la intervención, en *Aceptación de sí mismo y de la vida* ($t = -2.82, p = .006, d = .54$), y en el *puntaje de Resiliencia total* ($t = -2.46, p = .016, d = .47$), con valores medios más elevados para el GI (tabla 8).

Tabla 8

Puntuaciones medias pre-post y seguimiento en las dimensiones de resiliencia en el GI y GC

	Pre		Post		Seg. 3m.		Seg. 6m.	
	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI
CP	54.29 (11.47)	55.30 (9.52)	54.71 (11.40)	55.91 (9.32)	53.36 (12.68)	53.16 (11.04)	54.52 (11.81)	58.81 (9.79)
ASI	70.98 (10,38)	71.38 (8.89)	71.10 (12.58)	73.26 (7.79)	69.26 (13.20)	70.76 (9.98)	71.95 (10.84)	77.77 (8.53)
RES Total	125.26 (20.79)	126.68 (16.41)	125.81 (22.90)	129.17 (15.47)	122.62 (24.66)	123.91 (20.05)	126.48 (21.40)	136.57 (17.22)

Nota. Los datos están expresados como Medias (Desvíos). Pre = Pretest; Post = Posttest; Seg. 3m. = Seguimiento a 3 meses; Seg. 6m. = Seguimiento a 6 meses; GC = Grupo Control; GI = Grupo de Intervención. CP = Competencia personal (Rango = 11-77); ASM = Aceptación de sí mismo (Rango = 14-98); RES Total = Resiliencia total (25-175).

Si bien solo en el seguimiento a seis meses la diferencia alcanzó significación estadística, es interesante observar que en todos los momentos evaluados las puntuaciones en resiliencia aumentaron progresivamente y resultaron mayores para el GI.

Complementariamente, se analizaron variables de hábitos de salud y estado general, específicamente en lo referido a conductas de consumo, posibles dificultades en el patrón de alimentación y sueño, actividades deportivas, aspecto físico, problemas y experiencias positivas informadas por los adolescentes, y tratamientos psicológicos o psiquiátricos durante el último año o en la actualidad (ver Anexo III, *Registro de datos*).

Ambos grupos (GC-GI) informaron consumo de alcohol (tabla 9). Sin embargo la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas reportada resultó baja y moderada (el 79% lo hace menos de 5 veces al mes). En relación a la alimentación y el sueño, no se registraron dificultades.

Tabla 9

Hábitos y conductas de salud del GI y GC en el momento pre-intervención

	GC	GI
Fuma	0%	10.6%
Consume alcohol	45.2%	66.0%
Consume alguna otra sustancia	4.8%	2.1%
Realiza actividad deportiva	69.0%	55.3%
Conformidad aspecto físico	71.4%	71.7%
Realiza tratamiento psicológico-psiquiátrico	11.9%	12.8%

Nota. GC = Grupo Control; GI = Grupo de Intervención.

También se indagó acerca de los principales problemas y experiencias positivas vividas por los adolescentes en el transcurso del último año. Las respuestas fueron organizadas en categorías, y se muestran en las figuras 5 y 6.

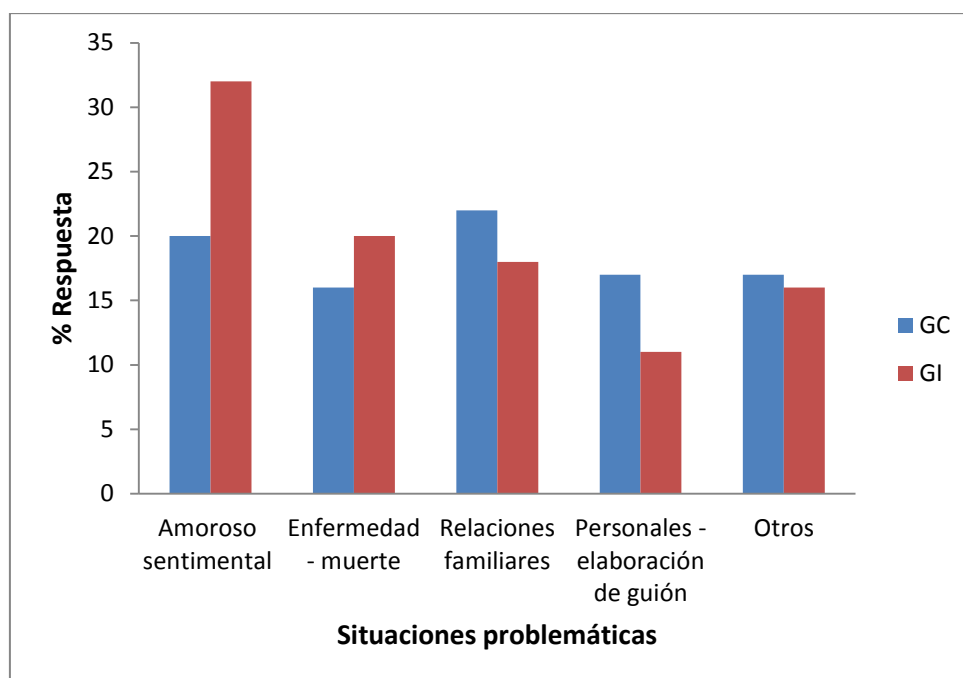


Figura 5. Situaciones problemáticas vividas en el transcurso del último año.

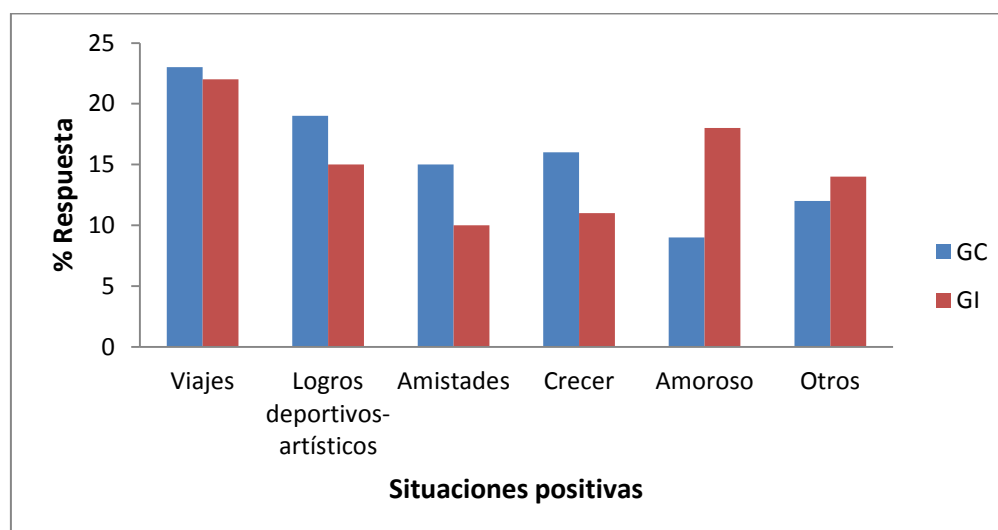


Figura 6. Situaciones positivas importantes vividas en el transcurso del último año.

Las principales situaciones problemáticas entre quienes participaron del PIPs-A estuvieron vinculadas al área amorosa-sentimental (expresada en un 35%). Mientras que, el GC señaló como principal fuente de problemas o dificultades las relaciones familiares.

En cuanto a las situaciones positivas que los adolescentes informaron haber vivido durante el último año, en ambos grupos la categoría principal señalada fue viajes, seguida por logros deportivos y artísticos.

b) Medidas analizadas en función de los principios-guía del PIPs-A.

Se informan a continuación los resultados comparados GC-GI en los cuatro momentos:

Principio-guía 1: Afrontamiento.

En la tabla 10 se exponen los estadísticos comparados correspondientes a cada momento evaluado. Al inicio del PIPs-A solo se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones *Apoyo emocional* ($t = -2.35, p = .021, d = .47$), *Apoyo instrumental* ($t = -2.79, p = .006, d = .54$), y *Consumo de sustancias* ($t = -2.60, p = .011, d = .70$).

Al finalizar la intervención y en las evaluaciones de seguimiento se mantuvieron las diferencias entre ambos grupos en, *Apoyo emocional* (POST $t = -1.96, p = .053, d = .38$; SEG. 3M $t = -3.19, p = .002, d = .61$; SEG. 6M $t = -3.27, p = .002, d = .61$), y en *Apoyo instrumental* (POST $t = -2.42, p = .018, d = .47$; SEG. 3M $t = -3.33, p = .001, d = .65$; SEG. 6M $t = -4.03, p = .000, d = .76$).

Tabla 10

Puntuaciones medias pre-post y seguimiento en las dimensiones de afrontamiento en el GI y GC

	Pre		Post		Seg. 3m.		Seg. 6m.	
	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI
AA	5.88 (1.42)	6.28 (1.05)	6.05 (1.10)	6.57 (1.00)	5.93 (1.37)	6.40 (1.11)	5.93 (1.35)	6.32 (1.10)
PLA	5.79 (1.63)	5.66 (1.25)	5.71 (1.19)	5.83 (1.38)	5.62 (1.51)	5.80 (1.42)	5.60 (1.50)	5.94 (1.27)
RP	5.55 (1.42)	5.74 (1.36)	5.71 (1.55)	5.91 (1.93)	5.60 (1.48)	5.69 (1.50)	5.50 (1.43)	5.85 (1.44)
AC	5.62 (1.30)	5.55 (1.25)	5.81 (1.29)	5.80 (1.18)	5.85 (1.21)	5.72 (.94)	5.79 (1.11)	5.83 1.13)
HUM	4.74 (1.95)	4.91 (1.84)	5.02 (2.10)	5.11 (1.96)	5.21 (2.05)	5.18 (1.88)	4.98 (2.00)	5.84 2.04)
REL	2.88 (1.56)	3.36 (1.76)	2.60 (1.29)	3.09 (1.83)	2.74 (1.41)	2.96 (1.59)	2.79 (1.37)	3.02 (1.67)
EMO	5.31 (1.74)	6.13 (1.54)	5.62 (1.69)	6.26 (1.37)	5.19 (1.71)	6.24 (1.35)	5.33 (1.76)	6.40 (1.31)
INS	5.40 (1.81)	6.38 (1.49)	5.38 (1.93)	6.28 (1.50)	5.17 (1.76)	6.31 (1.42)	5.40 (1.71)	6.70 (1.31)
DIST	6.12 (1.64)	6.02 (1.45)	6.31 (1.57)	6.20 (1.36)	6.24 (1.65)	6.20 (1.48)	6.24 (1.57)	6.21 (1.57)
NEG	2.81 (1.13)	3.19 (1.55)	2.79 (1.30)	2.87 (1.16)	2.88 (1.36)	2.73 (1.15)	2.90 (1.24)	2.66 (1.02)
DE	5.52 (1.58)	6.09 (1.54)	5.45 (1.61)	6.39 (1.48)	5.76 (1.39)	6.27 (1.35)	5.57 (1.43)	6.64 (1.27)
SUST	2.12 (.50)	2.47 (.74)	2.48 (1.21)	2.54 (1.00)	2.52 (1.19)	2.53 (.93)	2.38 (1.08)	2.55 (1.06)
REN	3.31 (1.28)	3.53 (1.04)	3.57 (1.27)	3.39 (1.04)	3.43 (1.21)	3.62 (1.25)	3.67 (1.35)	3.28 (.92)
CRIT	4.93 (1.58)	5.30 (1.70)	5.26 (1.61)	4.93 (1.61)	4.95 (1.57)	4.78 (1.70)	5.05 (1.55)	4.68 (1.57)

Nota. Los datos están expresados como Medias (Desvíos). Pre = Pretest; Post = Posttest; Seg. 3m. = Seguimiento a 3 meses; Seg. 6m. = Seguimiento a 6 meses. AA = Afrontamiento activo; PLA = Planificación; RP = Reinterpretación positiva; AC = Aceptación; HUM = Humor; REL = Religión; EMO = Apoyo emocional; INS = Apoyo instrumental; DIST = Autodistracción; NEG = Negación; DE = Descarga emocional; SUST = Uso de sustancias; REN = Renuncia; CRIT = Autocrítica. Rango de puntuaciones = 2-8.

Específicamente en la post-intervención disminuyeron las puntuaciones medias en consumo de sustancias para el GI y desapareció la diferencia significativa entre ambos grupos. A su vez, el GI al finalizar la intervención informó puntuaciones significativamente más elevadas en *Afrontamiento activo* ($t = -2.30$, $p = .024$, $d = .47$), es decir, más acciones directas para alterar las situaciones difíciles e intentar cambiarlas. Esta diferencia se mantuvo cercana a la significación estadística a los 3 meses de haber concluido la intervención ($t = -1.76$, $p = .061$, $d = .34$).

En cuanto a *Descarga emocional*, se hallaron diferencias con significación estadística en la post-intervención ($t = -2.84$, $p = .006$, $d = .58$) y en el seguimiento a 6 meses ($t = -3.71$, $p = .000$, $d = .75$), y si bien en ambos momentos las puntuaciones medias más elevadas corresponden al GI, este dato debe ser entendido en relación al contenido

específico de los reactivos que aportaron la diferencia para su adecuada interpretación en este contexto. Se trata de enunciados que describen la comunicación catártica del estado emocional y representan un modo de reducir la tensión elicitada por alguna situación de tensión. Por ejemplo “decir lo que siento y expresar mi disgusto por la situación” (ítem 9), y “expresar mis sentimientos negativos” (ítem 21).

Complementariamente, se codificaron las estrategias de afrontamiento en función del método -cognitivo o conductual- y del foco -aproximación o evitación- (Lazarus & Folkman, 1984; Moos, 1993). En la tabla 11 se presentan los datos respectivos.

Tabla 11

Puntuaciones medias pre-post y seguimiento en afrontamiento según método y foco en el GI y GC

	Pre		Post		Seg. 3m.		Seg. 6m.	
	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI
Cognitivo por aproximación	14.21 (2.54)	14.69 (2.62)	14.02 (2.40)	14.82 (2.71)	13.95 (2.69)	14.44 (2.69)	13.88 (2.27)	14.81 (2.50)
Cognitivo por evitación	21.40 (3.32)	22.24 (3.49)	22.45 (3.57)	22.11 (3.10)	22.43 (3.30)	21.74 (3.62)	22.38 (3.69)	21.74 (3.50)
Conductual por aproximación	16.59 (3.71)	18.38 (3.38)	17.04 (3.68)	19.11 (3.04)	16.28 (3.87)	18.95 (3.04)	16.66 (3.65)	19.42 (2.55)
Conductual por evitación	13.76 (2.42)	14.22 (2.33)	14.24 (2.64)	15.13 (2.42)	14.52 (2.74)	15.00 (2.16)	14.19 (2.36)	15.40 (2.54)

Nota. Los datos están expresados como Medias (Desvíos). Pre = Pretest; Post = Posttest; Seg. 3m. = Seguimiento a 3 meses; Seg. 6m. = Seguimiento a 6 meses. Cognitivo por aproximación, rango = 6-24; Cognitivo por evitación, rango = 10-40; Conductual por aproximación, rango = 6-24; Conductual por evitación, rango = 6-24.

En todos los momentos evaluados se hallaron puntuaciones significativamente más elevadas en el GI para afrontamiento *Conductual por aproximación* (PRE $t = -2.55$, $p = .012$, $d = .48$; POST $t = -2.87$, $p = .005$, $d = .56$; SEG. 3M. $t = -3.58$, $p = .001$, $d = .69$; SEG. 6M. $t = -4.08$, $p = .000$, $d = .76$), lo cual implica un modo activo de resolver las situaciones de tensión, buscando apoyo afectivo e instrumental en los demás.

En el caso del afrontamiento *Conductual por evitación*, solo en el seguimiento a 6 meses se registraron diferencias estadísticamente significativas con puntuaciones medias más elevadas para el GI ($t = -2.32, p = .022, d = .51$) y tendencia a la significación en la misma dirección para afrontamiento *Cognitivo por aproximación* ($t = -1.82, p = .062, d = .41$).

Finalmente, como se observa en la tabla 11, si bien al inicio de la intervención las estrategias de foco *Cognitivo por evitación* (renuncia, negación) fueron más informadas por el GI, su frecuencia de uso disminuyó al finalizar el PIPs-A, y esta tendencia se mantuvo en el tiempo.

Principio-guía 2: Regulación emocional.

Esta variable fue analizada en las dimensiones *Atención, Claridad y Reparación*. No se hallaron diferencias significativas iniciales entre los adolescentes de los GC y GI, pero al finalizar la intervención y en los seguimientos el GI registró puntuaciones medias significativamente más elevadas en *Atención* (POST $t = -1.94, p = .055, d = .37$; SEG. 6M. $t = -2.98, p = .004, d = .60$), y *Claridad* (POST $t = -2.08, p = .041, d = .39$; Seg. 6M. $t = -2.93, p = .004, d = .65$).

Es interesante observar que las puntuaciones que inicialmente eran más elevadas para el GC (*Claridad y Reparación*), al finalizar el programa y en los seguimientos, se registraron más elevadas en el GI. Estos resultados indican que los adolescentes del GI, luego de participar del PIPs-A informaron significativamente modos más adecuados de sentir y expresar los sentimientos y de comprender sus estados emocionales, comparados con los adolescentes del GC. En la tabla 12 se presentan los estadísticos descriptivos correspondientes.

Tabla 12

Puntuaciones medias pre-post y seguimiento en regulación emocional en el GI y GC

	Pre		Post		Seg. 3m.		Seg. 6m.	
	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI
Atención	23.69 (7.46)	26.43 (7.33)	23.48 (7.62)	26.30 (5.97)	24.14 (7.36)	25.82 (6.43)	23.79 (6.87)	27.94 (6.24)
Claridad	23.76 (5.70)	23.40 (6.13)	22.62 (7.15)	25.43 (5.51)	23.60 (6.46)	23.64 (5.61)	23.17 (5.45)	26.72 (5.93)
Reparación	26.21 (6.35)	25.48 (5.88)	25.98 (6.74)	26.98 (5.98)	26.38 (6.57)	26.39 (5.67)	25.32 (6.10)	25.40 (6.70)

Nota. Los datos están expresados como Medias (Desvíos). Pre = Pretest; Post = Posttest; Seg. 3m. = Seguimiento a 3 meses; Seg. 6m. = Seguimiento a 6 meses. Rango = 8-40.

Principio-guía 3: Comunicación y habilidades sociales.

No se registraron diferencias con significación estadística entre GC y GI en ninguna de las dimensiones del CEDIA al comienzo de la intervención. Como se indica en la tabla 13, solo se observaron diferencias estadísticas significativas a los 6 meses de finalizada la aplicación del PIPs-A con puntuaciones más elevadas para el GI en *Aserción* ($t = 3.56, p = .001, d = -.68$), *Relación con el otro sexo* ($t = 2.42, p = .018, d = -.55$), *Relación con iguales* ($t = 2.59, p = .011, d = -.47$) y *Hablar en público* ($t = 3.37, p = .001, d = -.63$)⁸. Si bien también manifestaron menos limitaciones para interactuar con sus familias, en este caso las diferencias entre ambos grupos no resultaron estadísticamente significativas.

Al finalizar la intervención el GI informó valores más bajos en todas las dimensiones indicando menos dificultades interpersonales, si bien dichas diferencias no alcanzaron significación estadística. Cabe recordar que cada una de estas dimensiones evalúa dificultades, por lo que puntuaciones más elevadas indican mayor dificultad.

⁸ Observación: los valores d negativos responden a la dirección de las puntuaciones en la CEDIA, que evalúa dificultades, por lo tanto, puntuaciones más bajas indican resultados favorables.

Tabla 13

Puntuaciones medias pre-post y seguimiento en dificultades interpersonales en el GI y GC

	Pre		Post		Seg. 3m.		Seg. 6m.	
	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI
Aserción	19.88 (11.89)	18.32 (8.34)	19.45 (11.70)	16.48 (9.37)	19.43 (11.95)	16.87 (10.55)	20.71 (11.38)	13.02 (9.00)
Relación otro sexo	11.48 (4.87)	10.19 (5.02)	11.33 (5.80)	9.54 (5.85)	11.05 (5.13)	10.18 (6.12)	11.74 (4.85)	9.06 (5.58)
Relación con iguales	3.24 (2.83)	3.89 (3.35)	3.39 (3.15)	3.35 (3.13)	3.24 (2.91)	3.18 (2.65)	4.07 (3.64)	2.36 (2.53)
Hablar en público	8.24 (4.84)	7.26 (4.34)	8.14 (5.55)	6.50 (7.76)	8.19 (4.98)	6.73 (4.17)	8.74 (5.17)	5.47 (3.77)
Relaciones familiares	2.02 (2.12)	2.15 (2.47)	2.19 (1.88)	2.16 (2.54)	1.93 (2.05)	2.00 (2.54)	2.14 (2.21)	1.49 (2.17)

Nota. Los datos están expresados como Medias (Desvíos). Pre = Pretest; Post = Posttest; Seg. 3m. = Seguimiento a 3 meses; Seg. 6m. = Seguimiento a 6 meses. Aserción, rango = 0-60; Relación con otro sexo, rango = 0-24; Relación con iguales, rango = 0-28; Hablar en público, rango = 0-24; Relaciones familiares, rango = 0-20.

Principio-guía 4: Autonomía.

Como ya ha sido presentado en capítulos anteriores, uno de los principios-guía del programa de intervención diseñado se basa en la construcción de autonomía. En el protocolo de evaluación se incluyeron dos medidas⁹ como indicadores para estimar dicha variable: las competencias personales y la autoeficacia para el afrontamiento del estrés. En la tabla 14 se presentan los estadísticos descriptivos para ambas medidas.

Tabla 14

Puntuaciones medias pre-post y seguimiento en competencias personales y autoeficacia en el GC y GI

	Pre		Post		Seg. 3m.		Seg. 6m.	
	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI
COP	31.64 (6.69)	32.02 (5.24)	31.52 (6.77)	33.80 (5.63)	30.62 (6.96)	32.84 (6.57)	29.99 (7.19)	34.19 (6.06)
EE	13.67 (1.96)	13.32 (2.08)	13.05 (2.17)	13.52 (1.69)	13.60 (2.22)	13.11 (2.09)	13.50 (2.08)	14.30 (1.97)
ER	13.26 (2.41)	13.77 (2.60)	13.12 (2.63)	13.41 (1.88)	13.24 (2.06)	13.20 (2.22)	13.14 (2.37)	13.09 (2.09)
ETotal	26.93 (2.75)	27.09 (3.36)	26.17 (2.85)	26.93 (2.85)	26.83 (2.83)	26.31 (2.74)	26.64 (3.22)	27.38 (2.88)

Nota. Los datos están expresados como Medias (Desvíos). Pre = Pretest; Post = Posttest; Seg. 3m. = Seguimiento a 3 meses; Seg. 6m. = Seguimiento a 6 meses. COP = Competencias personales, rango = 6-48; EE = Expectativas de eficacia, = rango 4-20; ER = Expectativas de resultado, rango = 4-20; ETotal = Autoeficacia Total, rango = 8-40.

⁹ Para más información ver Capítulo 2, apartado *Autonomía, autoconcepto y autoeficacia*

Al finalizar la intervención los adolescentes que participaron del Taller (GI) informaron mayor competencia personal ($t = -1.62, p = .088, d = .34$), es decir, más recursos para manejar o superar situaciones adversas.

A los 6 meses de finalizada la intervención, el mismo grupo presentó puntuaciones más elevadas comparadas con el GC en todas las medidas, si bien estas diferencias solo alcanzaron significación estadística en *Competencia personal* ($t = -2.99, p = .004, d = .58$), y *Expectativa de eficacia* ($t = -1.85, p = .067, d = .38$). En este sentido, se observa una mayor agencia en estos adolescentes, que se percibían capaces de poner en marcha los recursos disponibles.

A continuación se presentan los resultados derivados de los análisis intragrupo para las variables evaluadas en el GI en los cuatro momentos de evaluación.

Análisis Intragrupo (Grupo Intervención)

Como se mencionó oportunamente, un segundo nivel de análisis incluyó evaluar las variaciones que se presumía presentaría el GI en función de la evolución del programa. Por lo tanto, con el propósito de analizar si se hallaban cambios atribuibles a la aplicación del PIPs-A, se llevaron a cabo ANOVAs de medidas repetidas.

Se presentan seguidamente los resultados manteniendo la organización ya expuesta para los análisis intergrupos, a saber: medidas de línea base, y medidas específicas para evaluar cambios derivados de la aplicación del PIPs-A.

a) Medidas de línea base (control sintomático y resiliencia).

Como se observa en la figura 7, quienes participaron del Taller presentaron diferencias significativas en síntomas informados. Esto se constató específicamente en las dimensiones

Hostilidad ($F_{(3)} = 5.03, p = .002, \eta^2 = .105$); *Somatización* ($F_{(2,46)} = 2.92, p = .047, \eta^2 = .064$); *Obsesiones-compulsiones* ($F_{(2,47)} = 4.94, p = .005, \eta^2 = .103$); *Ansiedad* ($F_{(2,53)} = 4.94, p = .003, \eta^2 = .103$); *Sensitividad interpersonal* ($F_{(3)} = 4.59, p = .004, \eta^2 = .097$); *Ansiedad fóbica* ($F_{(1,92)} = 4.36, p = .017, \eta^2 = .092$); *Ideación paranoide* ($F_{(2,50)} = 5.21, p = .004, \eta^2 = .108$) y *Psicoticismo* ($F_{(2,36)} = 6.07, p = .002, \eta^2 = .124$). En todos los casos, los síntomas tendieron a disminuir en el tiempo y no alcanzaron valores clínicos en ningún momento.

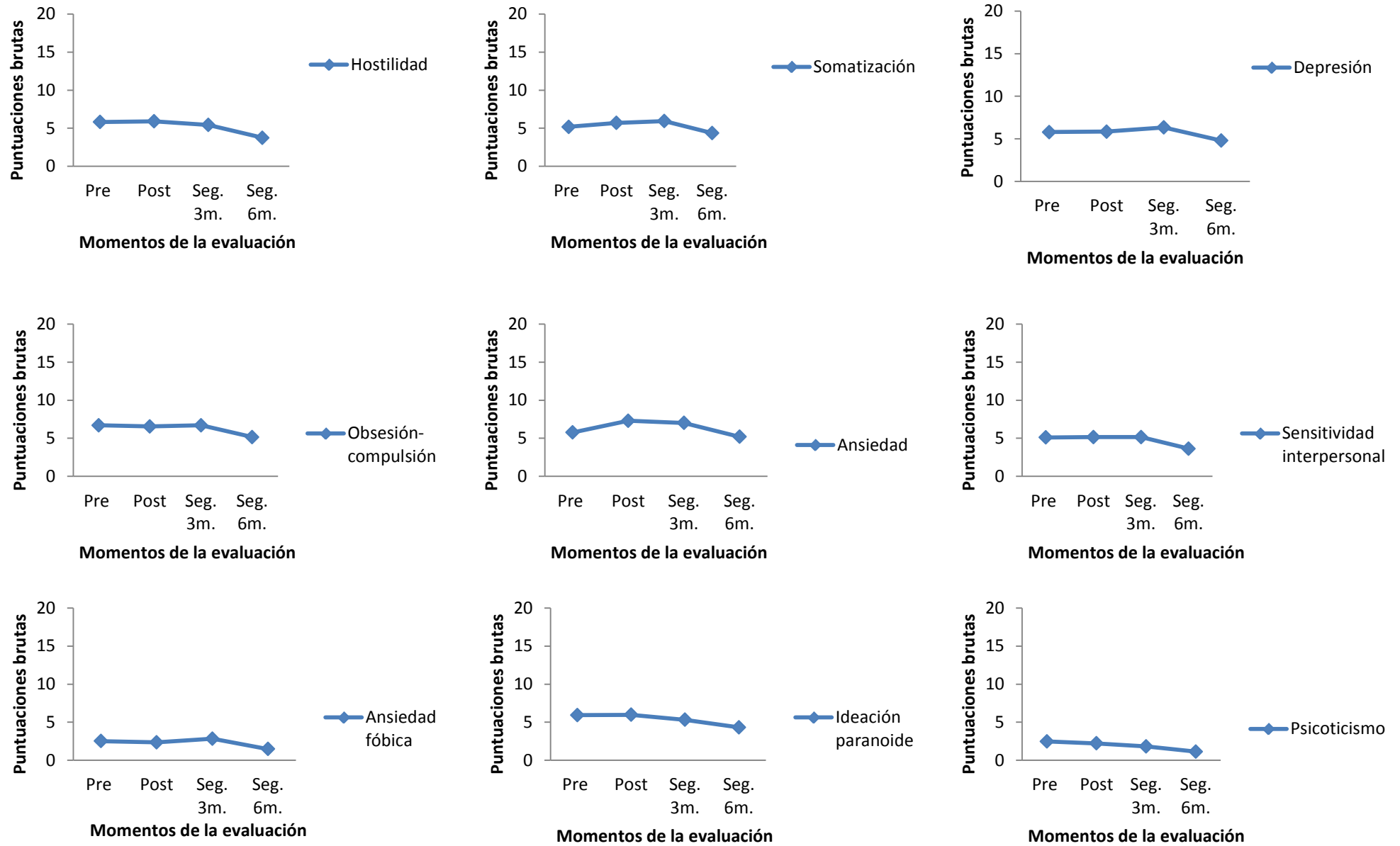


Figura 7. Análisis de medidas repetidas en las dimensiones de control sintomático en el GI (rango = 0-20).

Las puntuaciones en resiliencia aumentaron como efecto de la intervención (*Competencia personal* $F_{(2,53)} = 6.28, p = .001, \eta^2 = .127$; *Aceptación de sí mismo y de la vida* $F_{(2,34)} = 12.81, p = .000, \eta^2 = .230$), y este aumento, como era de esperarse, se vio también reflejado en la puntuación total de la escala ($F_{(2,34)} = 10.35, p = .000, \eta^2 = .194$). Los adolescentes manifestaron después de su participación en el Taller claramente una mayor adaptación psicosocial frente a eventos importantes de la vida (figura 8).

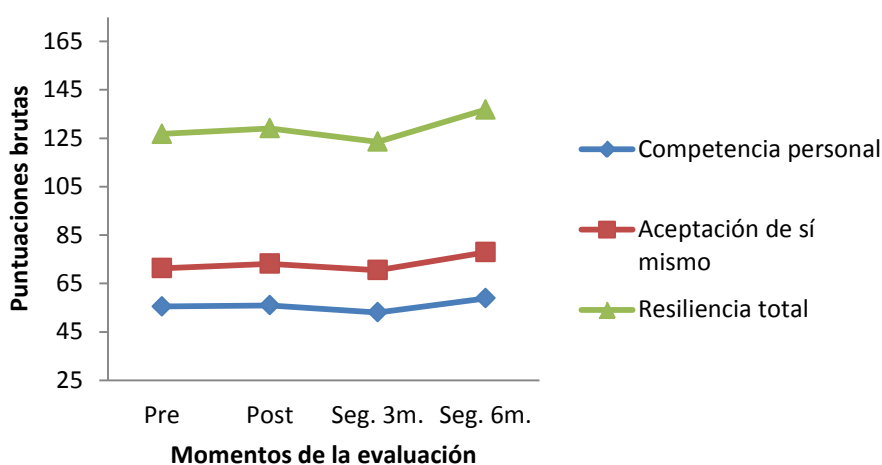


Figura 8. Análisis de medidas repetidas en las dimensiones de resiliencia en el GI. Competencia personal (rango = 11-77); Aceptación de sí mismo (rango = 14-98); Resiliencia total (rango = 25-175).

b) Medidas analizadas en función de los principios-guía del PIPs-A.

Se informan a continuación los resultados comparados del GI en los cuatro momentos:

Principio-guía 1: Afrontamiento.

Los adolescentes expresaron cambios en sus estrategias de afrontamiento, específicamente y con significación estadística en *Apoyo instrumental* ($F_{(2,52)} = 3.02, p = .041, \eta^2 = .066$); *Negación* ($F_{(2,32)} = 4.29, p = .012, \eta^2 = .091$); *Descarga emocional* ($F_{(2,22)} = 2.68, p = .007, \eta^2 = .059$) y *Autocrítica* ($F_{(2,26)} = 3.18, p = .040, \eta^2 = .069$). Es

decir, informaron recurrir más a otras personas en busca de ayuda, consejo e información, aumentaron el registro consciente del propio malestar emocional y de la expresión de los sentimientos negativos, y se describieron menos negadores de la realidad (figura 9).

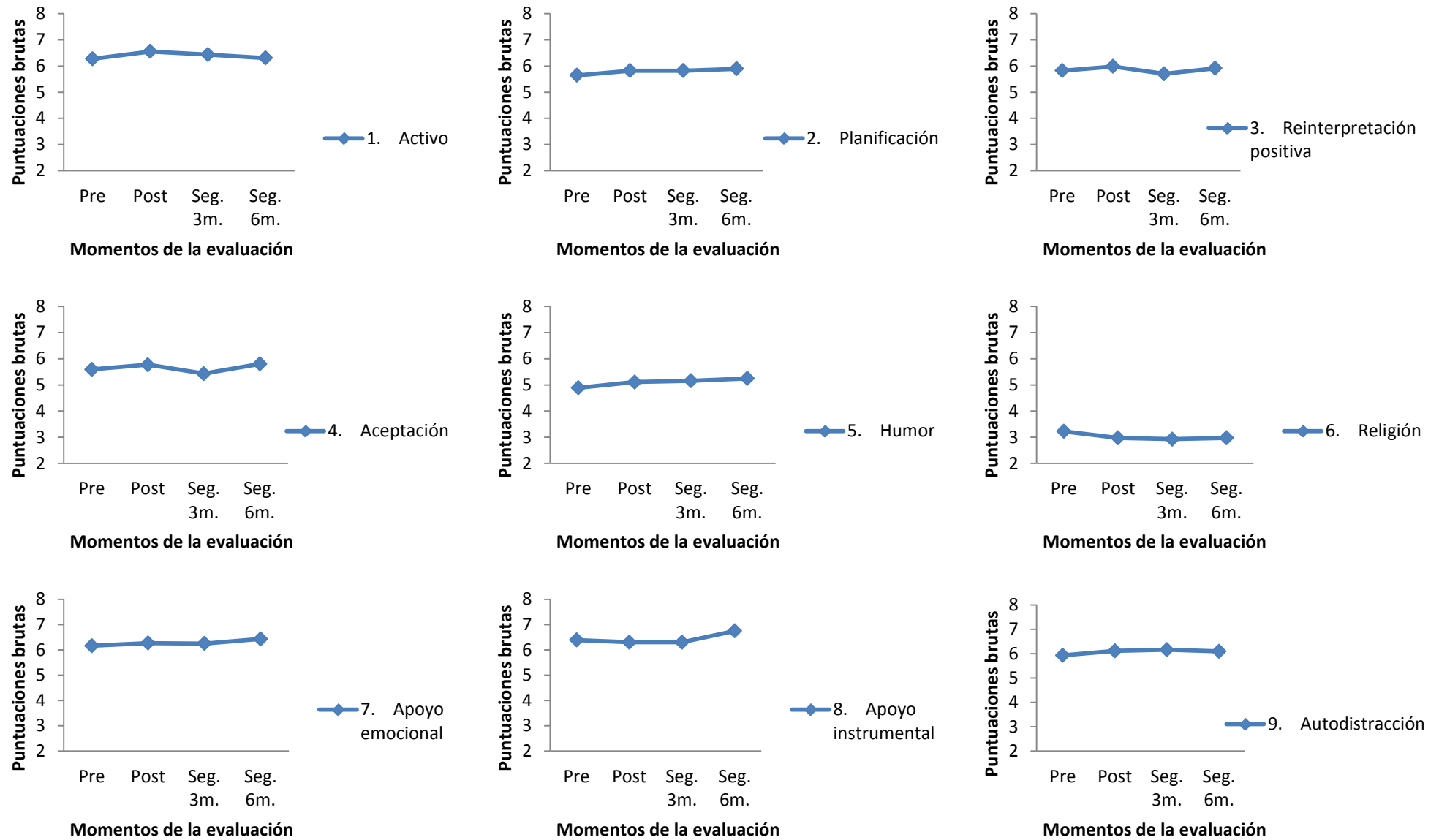


Figura 9. Análisis de medidas repetidas en las dimensiones de afrontamiento en el GI (rango = 2-8).

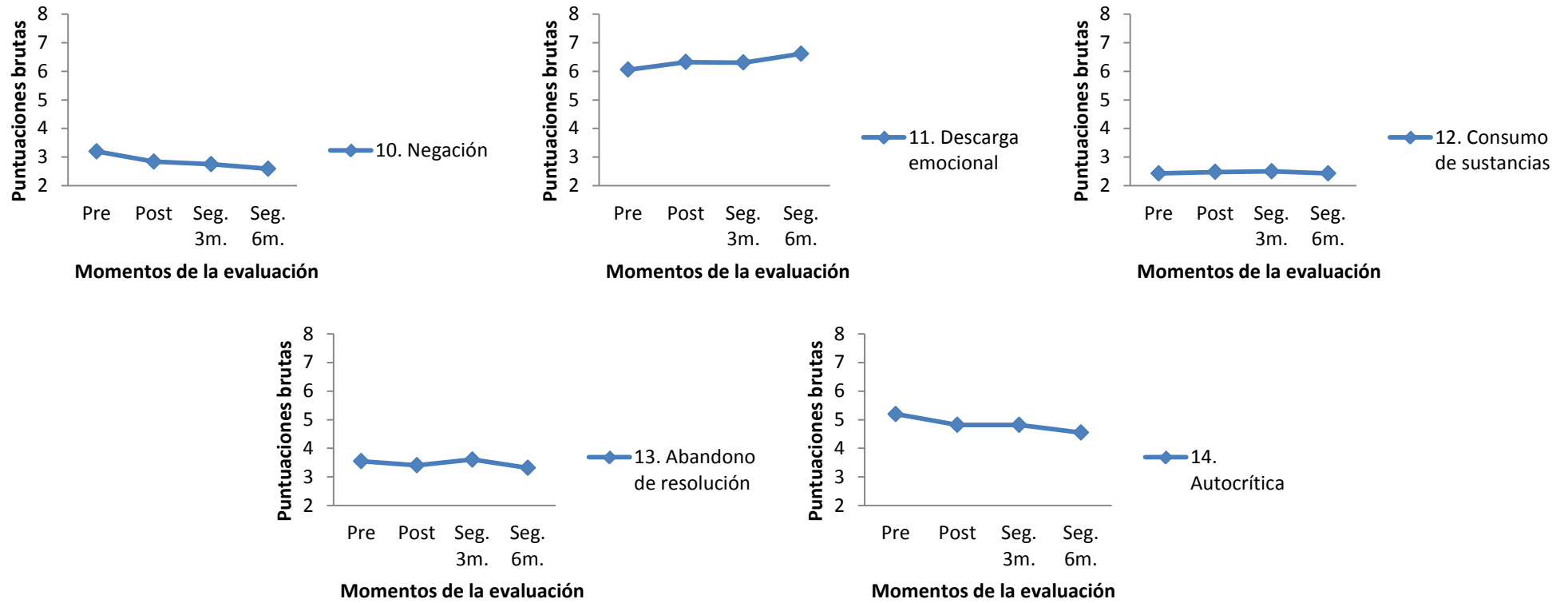


Figura 9 (continuación). Análisis de medidas repetidas en las dimensiones de afrontamiento en el GI (rango = 2-8).

Principio-guía 2: Regulación emocional.

También los adolescentes informaron cambios significativos en esta medida. Como se observa en la figura 10 manifestaron una mejoría en sus habilidades para manejar y regular las propias emociones.

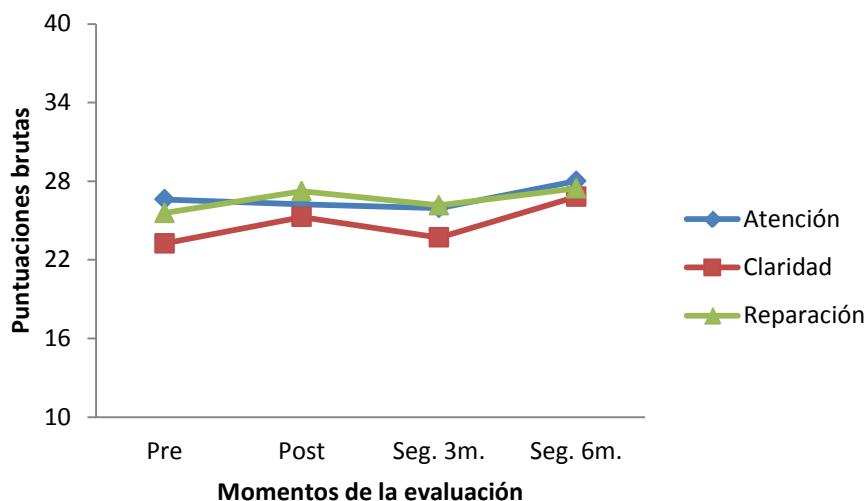


Figura 10. Análisis de medidas repetidas en las dimensiones de regulación emocional en el GI (rango = 8-40).

En este caso se constataron diferencias en *Atención* ($F_{(2,35)} = 2.57, p = .070, \eta^2 = .056$); *Claridad* ($F_{(2,45)} = 5.99, p = .002, \eta^2 = .122$) y *Reparación* ($F_{(2,46)} = 3.16, p = .036, \eta^2 = .069$) de los propios estados emocionales con una clara elevación a los 6 meses de finalizada la intervención.

Principio-guía 3: Comunicación y habilidades sociales.

Para analizar las variables referidas al tercer principio-guía del programa de intervención se consideraron las puntuaciones en dificultades interpersonales. Las diferencias con significación estadística se registraron en la disminución de las puntuaciones correspondientes a dificultades para solicitar un servicio o hacer reclamos y

expresar quejas ($F_{(2,41)} = 9.27, p = .000, \eta^2 = .177$) y para interactuar con compañeros ($F_{(3)} = 5.40, p = .002, \eta^2 = .112$). Mejoraron significativamente sus habilidades para comunicarse con los demás ($F_{(3)} = 10.80, p = .000, \eta^2 = .201$), y disminuyeron las limitaciones para interactuar con sus familiares ($F_{(3)} = 3.58, p = .016, \eta^2 = .077$). También se encontró una tendencia a la significación en la comunicación e interacción con personas del sexo opuesto ($F_{(2,47)} = 2.33, p = .060, \eta^2 = .051$).

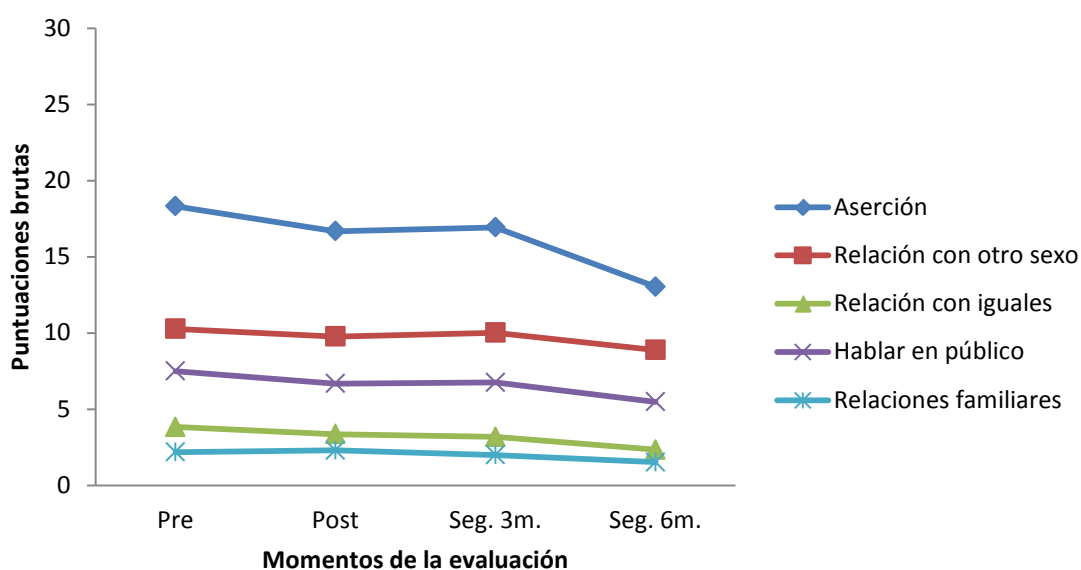


Figura 11. Análisis de medidas repetidas en las dimensiones de dificultades interpersonales en el GI. Aserción (rango = 0-60); Relación con otro sexo (rango = 0-24); Relación con iguales (rango = 0-28); Hablar en público (rango = 0-24); Relaciones familiares (rango = 0-20).

Adicionalmente, a modo descriptivo se informan las valoraciones que hicieron los adolescentes en el *Registro de datos* sobre sus relaciones con otros significativos (figuras 12, 13 y 14).

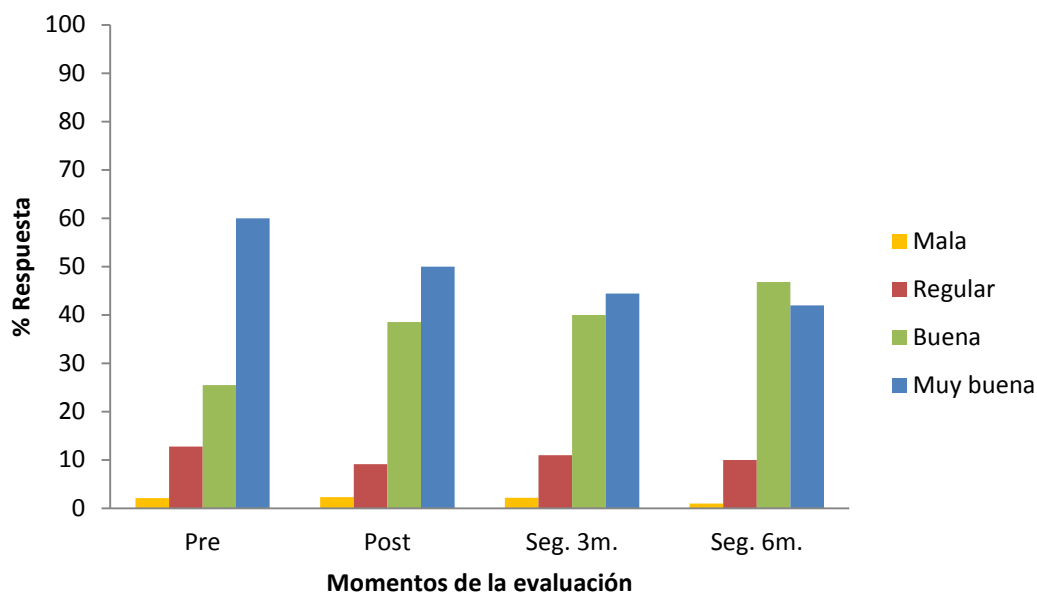


Figura 12. Valoración de las relaciones con la familia del GI en los distintos momentos.

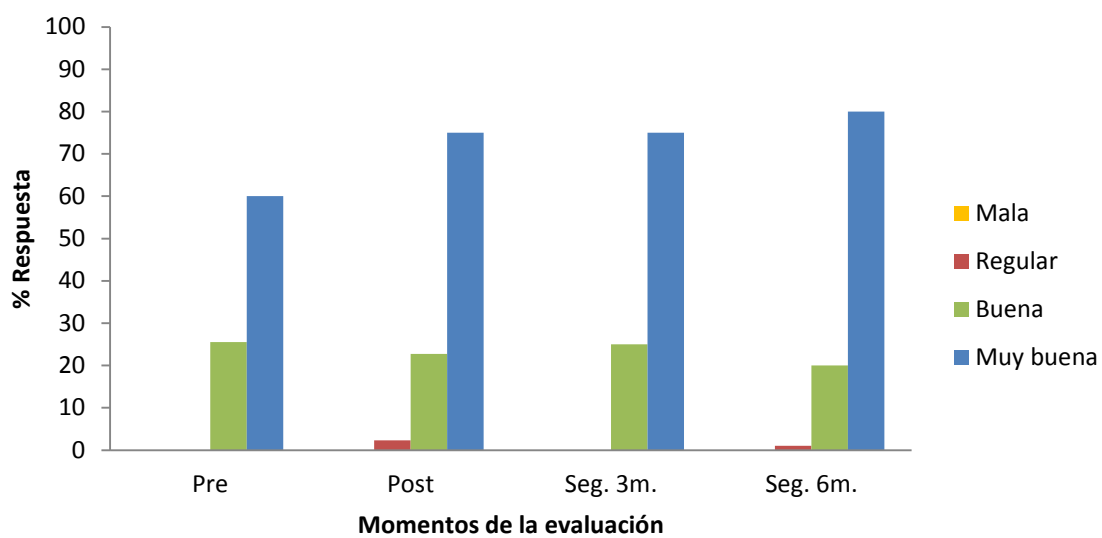


Figura 13. Valoración de las relaciones con los amigos del GI en los distintos momentos.

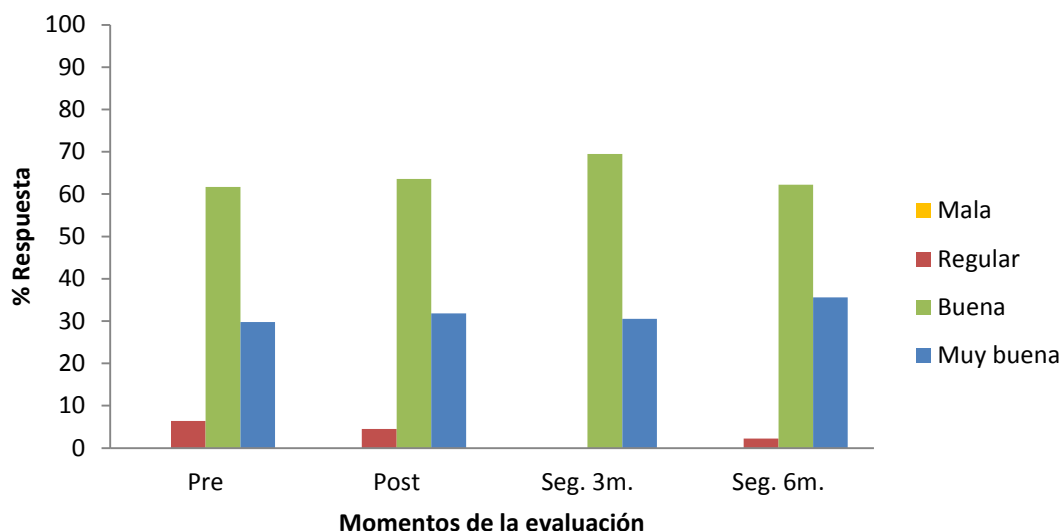


Figura 14. Valoración de las relaciones con los compañeros del GI en los distintos momentos.

Como se observa en las figuras 12 y 14, hay una disminución del porcentaje de respuestas de valor negativo (mala y regular), y un aumento de respuestas de valor positivo (buena, muy buena) en relaciones familiares y relaciones con los compañeros entre los momentos evaluados. En el caso de las valoraciones referidas a sus relaciones con amigos, no se hallaron respuestas negativas al iniciar la intervención. Como se muestra en la figura 13, se mantiene a lo largo de las distintas evaluaciones una misma tendencia de respuestas, dando cuenta de relaciones buenas y muy buenas.

Principio-guía 4: Autonomía.

En este caso las diferencias se observaron al finalizar la intervención en el sentido de una mayor competencia personal percibida para manejar o superar situaciones cotidianas ($F_{(3)} = 2.21$, $p = .090$, $\eta^2 = .049$), y más confianza en las habilidades personales para afrontar eficazmente el estrés ($F_{(3)} = 3.22$, $p = .033$, $\eta^2 = .070$) en el seguimiento a 6 meses (figura 15).

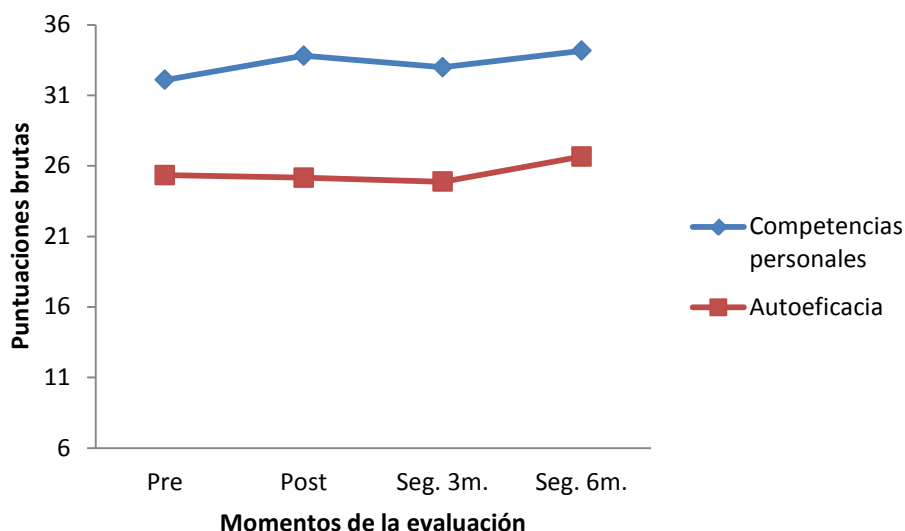


Figura 15. Análisis de medidas repetidas en las dimensiones competencias personales y autoeficacia en el GI. Competencias personales (rango = 6-48). Autoeficacia (rango = 8-40).

Los resultados obtenidos muestran una evolución favorable de las puntuaciones de los adolescentes que participaron del PIPs-A en las medidas estimadas para autonomía.

Objetivo 3

Analizar el impacto de la intervención sobre el bienestar psicológico y la satisfacción de los adolescentes.

Cuando se diseñó este plan de investigación se consideró de interés evaluar el impacto que se esperaba tuviera el PIPs-A para el bienestar psicológico y la satisfacción vital de los adolescentes.

Medidas de impacto indirecto (bienestar psicológico y satisfacción vital)

Se compararon las puntuaciones medias entre GC-GI, y también del GI en los diferentes momentos para ambas medidas.

Al analizar el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida en la pre-intervención se encontraron puntuaciones más altas en los adolescentes del GI.

Como se muestra en la tabla 15, se constataron diferencias con significación estadística en cinco de las seis dimensiones correspondientes a un mayor bienestar psicológico en el GI, como efecto de la aplicación del PIPs-A.

Tabla 15

Puntuaciones medias pre-post y seguimiento en las dimensiones de bienestar psicológico y satisfacción con la vida en el GI y GC

	Pre		Post		Seg. 3m.		Seg. 6m.	
	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI
BP Dominio entorno	27.88 (4.92)	27.96 (6.22)	26.62 (6.28)	28.87 (4.69)	26.19 (4.71)	28.89 (4.22)	26.24 (6.06)	30.79 (5.06)
BP Crecimiento. personal	33.17 (4.73)	34.02 (4.38)	31.64 (5.42)	34.63 (4.27)	31.86 (4.62)	34.96 (4.22)	31.52 (4.60)	36.74 (3.21)
BP Autoaceptación	28.50 (8.57)	30.30 (7.45)	28.24 (8.09)	31.48 (5.16)	28.62 (7.48)	31.78 (5.39)	27.36 (7.86)	33.15 (5.25)
BP Autonomía	29.96 (6.85)	30.06 (5.48)	28.29 (6.67)	30.76 (5.71)	28.02 (6.24)	31.20 (4.86)	28.76 (6.76)	33.09 (4.08)
BP Relación. con otros	30.75 (7.35)	34.74 (5.13)	29.43 (7.18)	34.91 (5.28)	29.67 (6.80)	35.18 (5.51)	30.12 (6.64)	36.01 (5.18)
BP Propósito. en la vida	32.24 (5.11)	30.85 (3.13)	30.17 (6.68)	31.00 (4.99)	31.31 (5.97)	31.00 (4.73)	28.21 (6.23)	33.19 (4.21)
SATotal	18.26 (3.90)	19.19 (3.33)	17.76 (4.78)	19.25 (3.24)	18.14 (3.95)	19.34 (4.49)	17.36 (4.20)	20.28 (3.13)

Nota. Los datos están expresados como Medias (Desvíos). Pre = Pretest; Post = Posttest; Seg. 3m. = Seguimiento a 3 meses; Seg. 6m. = Seguimiento a 6 meses. BP = Bienestar psicológica, rango = 6-42; SATotal = Satisfacción con la vida, rango = 5-25.

Los adolescentes que participaron en el Taller informaron significativamente mejores relaciones con otros comparados con el GC en los cuatro momentos evaluados (PRE $t = -2.94$, $p = .004$, $d = .54$; POST $t = -4.05$, $p = .000$, $d = .76$; SEG. 3M. $t = -4.42$, $p = .000$, $d = .081$; SEG. 6M. $t = -5.90$, $p = .000$, $d = .89$), por lo que estas diferencias no pueden ser atribuidas a la aplicación del PIPs-A.

Como efecto de la intervención aparecieron diferencias significativas en el resto de las variables evaluadas. Quienes participaron del PIPs-A informaron mejores habilidades

personales para elegir o crear entornos favorables para sí mismos (POST $t = -1.91$, $p = .060$, $d = .36$; SEG. 3M. $t = -2.79$, $p = .006$, $d = .57$; SEG. 6M. $t = -3.85$, $p = .000$, $d = .75$); y para generar las condiciones necesarias para desarrollar sus potencialidades y crecimiento personal (POST $t = -2.88$, $p = .005$, $d = .55$; SEG. 3M. $t = -3.26$, $p = .002$, $d = .67$; SEG 6M. $t = -6.13$, $p = .000$, $d = 1.13$). También estos adolescentes manifestaron sentirse mejor con ellos mismos siendo conscientes de sus propias limitaciones (POST $t = -2.27$, $p = .030$, $d = .40$; SEG. 3M. $t = -2.27$, $p = .026$, $d = .42$; SEG. 6M. $t = -3.99$, $p = .000$, $d = .74$); tener mayor resistencia frente a las presiones sociales, y autorregular sus comportamientos (POST $t = -1.86$, $p = .066$, $d = .37$; SEG. 3M. $t = -2.63$, $p = .010$, $d = .051$; SEG. 6M. $t = -4.20$, $p = .000$, $d = .64$) en comparación con los que no recibieron la intervención.

Solo en la dimensión *Propósito en la vida* se observaron diferencias a los seis meses ($t = -1.89$, $p = .062$, $d = .80$), informando mejores puntuaciones los adolescentes que participaron del PIPs-A.

En relación al índice general de *Satisfacción con la vida* las diferencias se encontraron en la post-intervención ($t = -1.75$, $p = .064$, $d = .031$) y en el seguimiento a 6 meses ($t = -3.74$, $p = .000$, $d = .70$) con mayor satisfacción vital en el GI.

Como se muestra en la figura 16, cuando se analizaron las puntuaciones medias en los cuatro momentos evaluados para el GI, se encontraron diferencias en todas las dimensiones, en cinco de ellas estadísticamente significativas: *Dominio del entorno* ($F_{(2.50)} = 5.29$, $p = .003$, $\eta^2 = .110$), *Crecimiento personal* ($F_{(3)} = 5.17$, $p = .002$, $\eta^2 = .107$), *Autoaceptación* ($F_{(3)} = 4.68$, $p = .004$, $\eta^2 = .098$), *Autonomía* ($F_{(3)} = 8.82$, $p = .000$, $\eta^2 = .170$), y *Propósito en la vida* ($F_{(2.58)} = 2.62$, $p = .063$, $\eta^2 = .057$).

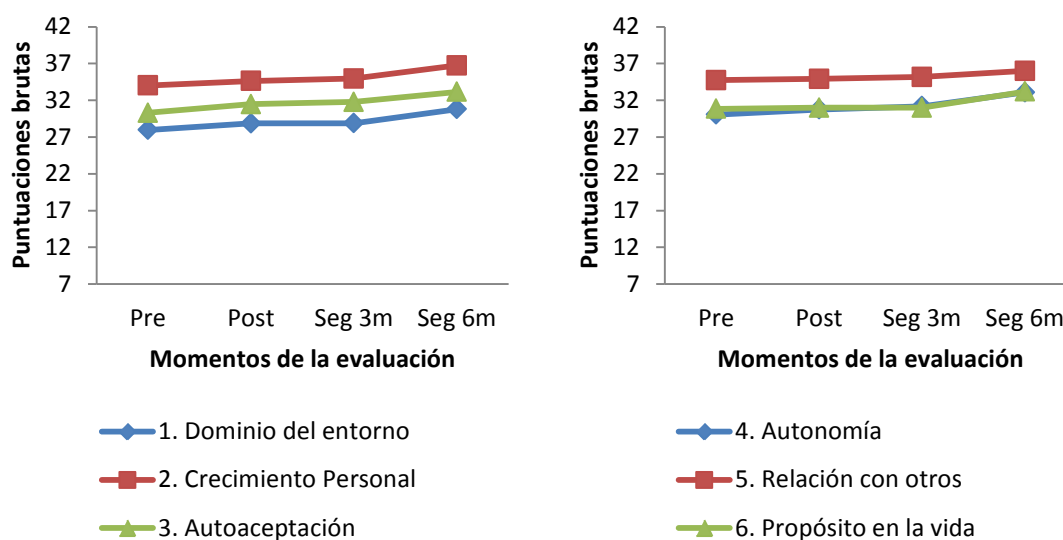


Figura 16. Análisis de medidas repetidas en las dimensiones de bienestar psicológico en el GI (rango = 6-42).

También en relación a la *Satisfacción general con la propia vida*, hubo un aumento significativo en el GI en los distintos momentos ($F_{(2.54)} = 2.37, p = .064, \eta^2 = .052$).

Los datos hasta aquí expuestos dan cuenta de variaciones significativas en las medidas de impacto indirecto. Vale aclarar que si bien los contenidos específicos del programa no incluían como objetivo la intervención sobre el bienestar y la satisfacción, estas variables se presumen relacionadas con el desarrollo saludable. Estos cambios registrados -a favor de quienes participaron del PIPs-A- se han mantenido y aumentaron en las evaluaciones de seguimiento.

Entrevistas grupales de evaluación

Además del análisis de los autoinformes se consideraron las valoraciones de los adolescentes acerca de su participación en el PIPs-A. Se administraron entrevistas grupales con el objetivo de potenciar las fortalezas de los métodos cuantitativos y cualitativos, y de

minimizar sus debilidades potenciales (Creswell & Plano Clark, 2007; Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2010).

El registro audiovisual de las entrevistas permitió recuperar fragmentos textuales de los adolescentes. Fueron seleccionados relatos de participantes de diferentes grupos y años, por tratarse de los más representativos o ejemplificadores de los temas abordados. Los mismos se presentan a continuación, diferenciados para cada uno de los principios-guía.

Principio-guía 1: Afrontamiento.

Los adolescentes expresaron que la participación en el PIPs-A los ayudó a conocer distintos modos de afrontar, al mismo tiempo que contar con más herramientas para afrontar situaciones problemáticas:

Aprendimos qué es el afrontamiento, qué cosas podemos hacer cuando algo nos afecta.

(Adolescente G3¹⁰)

Yo soy re calentón... me di cuenta que a veces conviene frenar un poco, pensar, y tomarme un tiempo para ver qué hacer.

(Adolescente G8)

Principio-guía 2: Regulación emocional.

Al indagar acerca de la importancia de trabajar sobre las emociones, expresaron reconocer distintos estados emocionales, y lograr a partir del trabajo en el PIPs-A un más adecuado manejo de las emociones:

¹⁰ Se expresa el número de grupo del cual formó parte el adolescente. Ver Capítulo 4, *Participantes*, tabla 3.

Esto de las emociones, saber para qué nos sirven... todos sentimos, pero está bueno saber qué es lo que a mí me pasa.

(Adolescente GI-5)

A mí me ayudó a darme cuenta que estaría bueno no ser taaan calentón... a veces conviene contar hasta diez, o hasta cien.

(Adolescente GI-10)

Principio-guía 3: Comunicación y habilidades sociales.

En relación a las habilidades sociales los adolescentes señalaron que a partir de la participación en el PIPs-A lograron prestar mayor atención a sus habilidades para comunicarse, pudiendo conceptualizar los componentes comunicacionales, y apropiarse de estos contenidos. Al mismo tiempo señalaron la importancia de reconocer distintos estilos comunicacionales. Esto se evidencia en los siguientes relatos:

Me acuerdo lo del emisor y receptor, ya lo habíamos visto antes, pero acá lo vimos distinto, hablamos de nosotros.

(Adolescente GI-7)

Yo me di cuenta que era re... ¿pasiva era?, pero está bueno poder hablar, poder decir lo que siento.

(Adolescente GI-6)

Principio-guía 4: Autonomía.

Los adolescentes también se expresaron en relación a los contenidos trabajados en el cuarto módulo, referidos a la posibilidad de construir un guión personal, y dando cuenta de positivos cambios en la imagen de sí mismos.

Hablamos un montón de nosotros, de qué nos pasa, cómo seguir el año que viene.

(Adolescente GI-10)

Me siento más segura de mí misma, de quién soy y qué quiero.

(Adolescente GI-9)

Valoración general acerca del PIPs-A.

Por último, se presentan una serie de fragmentos que dan cuenta de la valoración de los adolescentes sobre su participación en la propuesta de intervención diseñada.

Me habían contado pero nunca entendía qué era este Taller... Vine para ver de qué se trataba... Qué onda... A mí me re gustó, lo voy a recomendar!

(Adolescente GI-9)

Estuvo re bueno el Taller, tener en la escuela un espacio para hablar de nosotros.

(Adolescente GI-5)

A mí me encantaron los dossiers... los tengo todos juntos y cuando quiero los puedo volver a leer.

(Adolescente GI-7)

Es re distinto a todo lo que hacemos en el colegio... acá podemos hablar en serio.

(Adolescente GI-8)

La actividad que a mí más me gustó fue la del amigo invisible (conociéndonos en espejo)... todos guardamos el secreto hasta la próxima semana.

(Adolescente GI-4)

No estuvo bueno que sean solo 10 encuentros... se pasó rapidísimo... Me gustaría que siga!

(Adolescente GI-9)

Antes apenas nos conocíamos y ahora... yo me siento re cómoda con todos ustedes... ¿No podemos volver a hacer el Taller el año que viene?

(Adolescente GI-9)

Los fragmentos de las entrevistas fueron seleccionados por constituir un valioso material que permite ilustrar y ejemplificar los resultados obtenidos a partir de los cuestionarios de autoinforme, en este caso a partir de las propias palabras de quienes participaron del PIPs-A, resultando consistentes con los datos relevados. Si bien en este caso se buscó complementar el tercer objetivo de la Tesis Doctoral, un análisis en profundidad de las entrevistas podría constituir una continuidad de la investigación presentada.

Síntesis de los resultados

Los resultados presentados en este capítulo aportan evidencia con sustento empírico sobre el efecto positivo de la aplicación del PIPs-A. Los datos obtenidos indican una mejora en:

- las medidas control (línea base), en cuanto a una disminución en el registro sintomático y un aumento en la resiliencia autoinformada,
- las variables referidas a los principios-guía trabajados en cada módulo del PIPs-A, básicamente en lo referido a:
 - las estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución de problemas y al afrontamiento del estrés,
 - la disminución o no variación significativa de las estrategias de afrontamiento orientadas a la evitación,
 - la capacidad de regulación emocional, a través de una mejor atención y claridad sobre los propios estados emocionales,
 - menos dificultades interpersonales, y más calidad de las relaciones con la familia, amigos y compañeros,
 - las competencias personales y la autoeficacia,
 - el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida.

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión

El objetivo de esta investigación estuvo dirigido a diseñar, aplicar y evaluar un programa de intervención psicosocial para promover desarrollo saludable en adolescentes. Realizar un estudio orientado a favorecer aspectos salugénicos cobra plena relevancia, al considerarse la adolescencia un período signado por intensos cambios en distintos niveles y tratarse evolutivamente de un período clave para la elaboración del guión personal.

Sobre esta base, se revisaron y analizaron detalladamente los desarrollos más tradicionales, centrados predominantemente en una versión psicopatológica de la adolescencia, y también los aportes disponibles desde los modelos salugénicos. Así, se establecieron las relaciones complementarias entre esquemas de vulnerabilidad y resiliencia, y entre factores de riesgo y protectores para la salud.

A partir de este recorrido teórico-conceptual, se definieron las bases para el diseño y organización de un programa de intervención psicosocial dirigido a la promoción de desarrollo saludable en adolescentes que se denominó PIPs-A.

Esta investigación que se pensó, elaboró y ejecutó desde una concepción de la adolescencia centrada en la salud, no desestimó la presencia de efectivas o potenciales condiciones adversas que pueden conllevar estados patológicos en el curso vital de los adolescentes. Por el contrario, justamente una mirada salugénica sobre este fenómeno intentó en todo momento considerar las tensiones características del devenir adolescente.

Para ello se revisaron los programas e intervenciones -nacionales e internacionales- disponibles en la literatura, y se analizaron sus características específicas. Se profundizó en el relevamiento de propuestas preventivas y promotoras de salud para población adolescente.

En el caso de los abordajes con foco en la prevención, se observó un predominio de intervenciones dirigidas a problemas específicos, básicamente consumo de sustancias,

sexualidad y embarazo adolescente, violencia, comportamientos antisociales y control de impulsos, obesidad y otras conductas de riesgo (Gázquez et al., 2009; Ogden et al., 2009; Stice et al., 2006).

Entre las orientadas a la promoción se distinguen los abordajes más amplios dirigidos al desarrollo de fortalezas, factores protectores, competencias para la vida y desarrollo positivo (Grinhauz & Castro Solano, 2014; Hervás et al., 2008; Scorsolini-Comin et al., 2011). En cuanto a las intervenciones más específicas predominan en los últimos años intervenciones orientadas al entrenamiento en habilidades sociales, la promoción de bienestar psicológico, el desarrollo socioafectivo, y el entrenamiento en mindfulness, entre otros (e.g. Arguís et al., 2014; Ayala & Justo, 2010; Baltasar, 2014; Feijó González, 2013; Fregoso et al., 2013; Freire et al., 2012).

Con respecto a la procedencia, cabe señalar el desarrollo de programas con alto grado de sistematización y evaluación, fundamentalmente provenientes de Europa y los Estados Unidos (Grinhauz & Castro Solano, 2014). Son considerables también los aportes latinoamericanos, aunque con menor alcance en cuanto a evaluaciones sistemáticas que permitan contar con datos sobre su efectividad y replicabilidad. Particularmente, en el caso de Argentina se han registrado algunas publicaciones que destacan la importancia de potenciar factores protectores del desarrollo, y se han llevado a cabo propuestas de intervención y planes de acción de alcance socio-comunitario sin un mayor grado de sistematización, por lo que, en general no se dispone de datos que permitan estimar su alcance y validez.

Al momento de la realización de este estudio no se han encontrado en el país antecedentes de programas como el aquí presentado.

Igualmente, es necesario considerar que las referencias disponibles responden a los trabajos publicados, algo que no necesariamente da cuenta del total de desarrollos y acciones al respecto.

En relación a la aplicación, los programas e intervenciones de los que se aporta dicha información han sido implementados predominantemente en contextos comunitarios y educativos, y generalmente en dispositivos grupales. En cuanto a las principales características, se diferencian en función del grado de sistematización y estructuración, en la extensión y frecuencia, en la amplitud de contenidos y el alcance, y en la inclusión de evaluaciones y seguimientos.

A partir del análisis y evaluación de las distintas propuestas se planteó el diseño de un programa basado en principios genéricos que, postulados desde un modelo salugénico organizaran la intervención, y a su vez fuera factible de ser evaluado, con el fin de aportar evidencia empírica sobre el impacto de su aplicación. Esto derivó en el PIPs-A, un programa de intervención psicosocial protocolizado y breve que incluye un material específicamente elaborado para los adolescentes (*dossier*), con contenidos y actividades para cada módulo temático propuesto, y una agenda de trabajo para guiar a los profesionales en su aplicación.

A continuación, se discuten los resultados obtenidos en respuesta a las hipótesis correspondientes al segundo y tercer objetivo planteados. Para su exposición se organizarán los datos en función de los principios que guiaron el diseño y la aplicación del PIPs-A.

Se observa inicialmente que el estudio realizado no es comparable en sentido estricto con ninguna de las investigaciones registradas (e.g. Freire et al, 2012; Garaigordobil, 2008; Lima Serrano, 2012; Oliva et al, 2008; Remor et al, 2010), dado que se trata de programas de distinta naturaleza que poseen contenidos, extensión y frecuencia diferentes.

Si bien se asume que la complejidad y amplitud del tema requiere mantener una concepción dinámica, la evaluación de cambios pre-post y seguimientos en el nivel cognitivo, emocional y conductual atribuibles a la aplicación del programa permitió identificar los componentes correspondientes a cada principio-guía en los que se hallaron cambios.

Los adolescentes que participaron en la investigación (GI y GC) no informaron puntuaciones de valor clínico en síntomas al momento de iniciar el programa. Este dato aporta un indicador clave sobre la muestra, ya que, en ningún caso se trató de población clínica o con riesgo sintomático, algo compatible con la naturaleza y objetivo de este programa. Otro aspecto a tener en cuenta, es que si bien tampoco estuvo dirigido a intervenir sobre aspectos psicopatológicos, no se registraron elevaciones en las escalas de control sintomático que alcanzaran significación clínica.

Se constató un aumento progresivo en la capacidad resiliente de los adolescentes en los distintos momentos evaluados, y a los 6 meses de finalizada la intervención estas puntuaciones resultaron claramente mayores comparadas con la condición de no intervención. Particularmente esto se observó en *Aceptación de sí mismo y de la vida*, dimensión asociada con una mayor flexibilidad y adaptación para la vida, algo que se vincula con los principios trabajados durante el programa.

En relación con el primer módulo del PIPs-A correspondiente al principio-guía afrontamiento, al finalizar la intervención se registró un aumento en las estrategias más activas y adaptativas, y una disminución en las consideradas desadaptativas, como por ejemplo *Autoculpabilización* y *Renuncia*, entendida como el abandono de intentos de resolución ante una situación de tensión o problema. En el caso del aumento en la frecuencia de la *Descarga emocional* como estrategia, dato que en principio podría asociarse con un efecto negativo de la intervención, en este caso se relacionó con una mayor capacidad de expresión del malestar y de sentimientos negativos, lo que puede entenderse como un indicador positivo de regulación emocional y afrontamiento relacionado con la identificación y expresión de las propias emociones. Efectivamente, el afrontamiento se postula como un componente clave asociado al manejo de las tensiones y el estrés. De hecho, como señalan los especialistas en el tema, el modo en el que el adolescente afronte las experiencias vitales y maneje sus emociones sin duda tendrá un

impacto en su vida que será de distinta magnitud en función del ajuste que logre en este sentido (Casullo, González et al., 2002; Verdugo-Lucero et al., 2013; Wood et al., 2007).

Cuando el componente de la intervención se centró en la regulación emocional, los adolescentes que participaron del programa informaron mayor percepción, identificación y comprensión de los propios estados emocionales en comparación con los controles, y mayor capacidad para modificar sus estados emocionales. Estos resultados se mantuvieron a los 6 meses.

Existe consenso en considerar que durante la adolescencia se producen intensos estados emocionales y son frecuentes los cambios en el estado de ánimo (Bisquerra et al., 2012; Garaigordobil & Durá, 2006). Los mecanismos regulatorios en esta etapa suelen resultar poco flexibles. Por lo tanto, y de acuerdo a los resultados alcanzados en este estudio, la posibilidad de desarrollar modos más elaborados de regulación emocional adquiere relevancia para un funcionamiento adaptativo.

En lo referido al tercer módulo correspondiente al principio-guía de habilidades sociales con especial énfasis en habilidades de comunicación, los adolescentes, luego de haber participado en el programa informaron una disminución en sus dificultades asertivas, de relación con personas del otro sexo, con iguales y para hablar en público. Estos cambios en las habilidades de comunicación resultaron significativos a los 6 meses, lo cual indica un aspecto relevante del PIPs-A. Al considerar lo señalado por la literatura, los adolescentes socialmente más hábiles son quienes logran resolver con mayor eficacia su participación en las interacciones con otros y desarrollan conductas sociales positivas y proactivas, elementos importantes para el desarrollo del autoconcepto y la autoestima (Ayala & Justo, 2010; Caballo, 1999; Camacho Gómez & Camacho Calvo, 2005).

Finalmente, como parte del cuarto principio-guía referido a autonomía, los adolescentes informaron una mayor competencia percibida y más confianza en las

habilidades personales para afrontar el estrés atribuible a la intervención realizada. En el contexto educativo se encontró que la satisfacción de las necesidades de autonomía, competencia y relación se asocian positivamente con los afectos positivos y vitalidad, e inversamente con afectos negativos (Patrick et al., 2007). En estrecha relación con la interpretación de este dato se encuentra el concepto de agencia, al referirse a la competencia personal que incluye la intención, el significado, la motivación y el propósito que los individuos le otorgan a las actividades (Gutiérrez Sanmartín et al, 2011). Por otro lado, un alto sentido de autoeficacia mejora las conductas saludables en relación al cuidado físico, previene riesgo sexual y genera mayor tolerancia al dolor. También se relaciona con un mejor funcionamiento sociocognitivo y con la posibilidad de afrontar situaciones difíciles al percibir las como desafíos más que como amenazas.

Al momento del diseño del PIPs-A se asumió que un programa que se dirigiera a promover desarrollo saludable debería impactar de algún modo en variables de satisfacción y bienestar psicológico. En este caso, los adolescentes que participaron en el programa informaron al finalizar la intervención actitudes significativamente más positivas hacia sí mismos, capacidad de autoobservación y autocrítica sobre las propias limitaciones, relaciones sociales más estables, mayor confianza interpersonal, capacidad para funcionar de un modo más autónomo en diferentes contextos y mejor autorregulación de sus comportamientos, mayor habilidad personal para elegir o crear entornos favorables, mayor sensación de control, y capacidad para definir objetivos vitales y metas claras. También manifestaron al concluir el PIPs-A más satisfacción vital, valoraciones que se mantuvieron en los seguimientos. Estos datos son alentadores, dado que como señalan otras investigaciones (Góngora & Castro Solano, 2014; Park, 2004) altos niveles de satisfacción se asocian con elevada autoestima, extroversión y autoeficacia, y constituyen los pilares del bienestar psicológico.

Por otra parte, el hecho de que los resultados mostraran una clara elevación de las puntuaciones en el seguimiento a 6 meses, admite la línea interpretativa sobre los componentes trabajados como disposiciones estables del funcionamiento personal más que estados transitorios, y avala el carácter constructivo de la experiencia (Coppo, Maristany & Martínez, 2008; Fernández-Álvarez, 1992) a partir del cual se consolidan los recursos personales como fortalezas del carácter (Grinhauz & Castro Solano, 2014).

Como señalan Oliva et al (2008), la evidencia empírica disponible hasta el momento indica que este tipo de propuestas no solo preparan a los adolescentes para una adultez saludable mediante la adquisición de competencias, sino que también influirán positivamente en su ajuste interno y externo previniendo la aparición de problemas emocionales y conductuales. Asimismo, estos autores señalan que la participación en dispositivos extra-escolares estaría relacionado con niveles más altos de autoestima, autocontrol y aspiraciones de logro, con mejores habilidades sociales y cognitivas, y con una menor implicación en conductas de riesgo.

Los resultados obtenidos aportan datos con sustento empírico sobre el PIPs-A y apoyan las hipótesis planteadas. En este estudio se obtuvieron variaciones positivas significativas en la mayoría de las variables evaluadas en el grupo que participó de la intervención. Se corroboraron indicadores claros de cambio atribuibles a la intervención. De todos modos, el uso de la significación estadística como criterio de eficacia no resulta del todo suficiente, dada la naturaleza y complejidad de los procesos de cambio evaluados. De hecho, se han sugerido distintas opciones para establecer la magnitud y el impacto de los cambios percibidos como valiosos por los mismos sujetos (Gómez Penedo & Roussos, 2012; Jacobson & Truax, 1991). Por este motivo, complementariamente a los análisis realizados, se administraron entrevistas a los adolescentes sobre la valoración general del PIPs-A y sus componentes. La información allí relevada resultó consistente con los datos

obtenidos en las medidas de autoinforme, evidenciando respuestas positivas y percepción de cambios favorables, atribuibles a la participación en el programa diseñado.

Conclusiones

Se diseñó un programa de intervención dirigido a promover habilidades para la vida, entendidas como componentes esenciales de un desarrollo saludable. Como muestran otros investigadores (Choque-Larrauri & Chirinos-Cáceres, 2009; Morales et al., 2013; Pérez de la Barrera, 2012) fomentar habilidades sociales, cognitivas y emocionales mediante un grupo genérico de destrezas psicosociales, aumenta la probabilidad de afrontar con éxito las exigencias o desafíos de la vida cotidiana. Especialmente, como señala Cardozo (2008) a quienes están transitando esa etapa del ciclo vital en que se hacen más notorias las diferencias de exposición a la adversidad.

El PIPs-A resultó un programa de intervención efectivo, en tanto logró promover desarrollo saludable en adolescentes de 15 a 18 años. Las evaluaciones de seguimiento mostraron el carácter sostenido y progresivo de los cambios alcanzados. Además, resulta compatible con el enfoque salugénico en el que se basó el plan de intervención propuesto, de acuerdo a las recomendaciones internacionales para el abordaje con adolescentes.

La organización del PIPs-A, basada en principios-guía con sustento empírico permitió establecer un conjunto de indicadores de cambio, a saber: aumento de estrategias de afrontamiento adaptativas y disminución de la frecuencia de uso de estrategias desadaptativas; aumento de la capacidad regulatoria de los estados emocionales, básicamente en lo referido a la atención, claridad y reparación emocional; disminución de dificultades interpersonales; y mejora de las competencias personales y de eficacia autopercebida. La intervención también tuvo un impacto positivo sobre el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida.

Se trata de un programa que al favorecer comportamientos saludables en las esferas física, psicológica y social promueve el afianzamiento del guión personal, algo que sin duda redundará en mejores condiciones para la vida adulta.

Dificultades y limitaciones

Algunas de las limitaciones consideradas se derivan de dificultades propias de las investigaciones en contextos naturales de intervención con seres humanos, inherentes a la tensión entre validez interna y validez externa, debate ampliamente abordado en la literatura (Cambon, Minary, Ridde & Alla, 2012; Moral Santaella, 2006).

En primer lugar, la condición de voluntariedad establecida como prioritaria para la participación en el programa afectó la asignación aleatoria de los sujetos y por lo tanto limitó el alcance en términos del diseño y de la generalización de los resultados.

El hecho de implementarlo en instituciones educativas -contextos naturales de intervención- implicó la dificultad de controlar variables de organización ligadas a acuerdos institucionales que, en algunos casos derivaron en limitaciones para la implementación del PIPs-A en la forma prevista.

Asimismo, factores externos no posibles de prever durante el período de su aplicación, como la ya informada gripe A (H1N1), forzaron la interrupción de los grupos en curso, algo que afectó el tamaño muestral.

Finalmente, las limitaciones propias de la utilización de medidas de autoinforme en lo referido a la naturaleza de la información obtenida. Ante esto se propuso una estrategia de complementariedad con otras fuentes, en este caso a través de entrevistas grupales a quienes participaron del PIPs-A. Este análisis, junto con el material de los registros audiovisuales, podría ser considerado en futuros estudios para profundizar en la comprensión del impacto generado.

Perspectivas futuras

Como parte de las posibles líneas futuras de investigación se plantea la puesta a prueba del programa en diferentes condiciones, que permita ampliar su aplicación a nuevos contextos y segmentos poblacionales de adolescentes con diversas procedencias socio-culturales. Asimismo, al tratarse de un protocolo local, breve y económico en términos de tiempo y recursos, constituye una propuesta factible de ser incluida en el marco de políticas públicas orientadas al desarrollo adolescente saludable.

De este modo el PIPs-A constituye un valioso aporte para el campo de las intervenciones en salud. A través de un diseño atractivo, dinámico y original, busca generar y fortalecer en los adolescentes los recursos que favorecen el desarrollo autónomo y el afianzamiento en esta etapa vital.

En última instancia, pretende ser una herramienta para acompañar a los adolescentes a transitar esta etapa, *y no morir en el intento...*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón Espinoza, M., & Rehbein Felme, L. (2007). Criterios referenciales y sectoriales en la toma de decisiones relativas al trato de la infancia y la adolescencia en el ámbito público local. *Última Década*, 27(1), 51-73.
- Almanza, S. E., & Pillón, S. C. (2004). Programa para fortalecer factores protectores que limitan el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de educación media. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 12, 324-32.
- Alonso Fernández, M. (2005). *Relaciones familiares y ajuste en la adolescencia* (Tesis doctoral, Universidad de Valladolid, España). Recuperado de http://www.uv.es/lisis/otras-publica/tesis_manuela.pdf
- Andrade Salazar, J. A. (2012). Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 1(2), 688-721.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress y Dopng: New Perspectives on Mental and Physical Well-being*. San Francisco: Josey-Bass.
- Antonovsky, A. (1988). *Unraveling the Mystery of Health*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Arbinaga, F. (2002). Factores de protección ante el uso de tabaco y alcohol en jóvenes menores de edad. *Clínica y Salud*, 13(2), 163-180.
- Arco Tirado, J., & Fernández Castillo, A. (2002). Porque los programas de prevención no previenen. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(2), 209-226.
- Arguís, R., Bolsas, A. P., Hernández, S., & Salvador, M. M. (2014). *Programa Aulas Felices. Psicología Positiva aplicada a la educación*. Recuperado de <http://catedu.es/psicologiapositiva>
- Arnett, J. J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist*, 54, 317-326.

- Atienza, F., Pons, D., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2000). Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319.
- Ávila-Espada, A., Jiménez-Gómez, F., & González Martínez, M. (1996). Aproximación psicométrica a los patrones de personalidad y estilos de afrontamiento del estrés en la adolescencia: perspectivas conceptuales y técnicas de evaluación. En M. Casullo (Comp.), *Evaluación psicológica en el campo de la salud* (pp. 267-325). Barcelona: Paidós-Ibérica.
- Ayala, E. S., & Justo, C. F. (2010). Mejora de la autoestima y de la competencia emocional en adolescentes inmigrantes sudamericanos residentes en España a través de un programa psicoeducativo de mindfulness (conciencia plena). *Revista de Investigación Educativa*, 28(2), 297-312.
- Baltasar, D. M. (2014). *Relación entre autoconcepto, ansiedad e inteligencia emocional: eficacia de un programa de intervención en estudiantes adolescentes* (Tesis Doctoral, Universidad de Extremadura, Departamento de Psicología y Antropología, España). Recuperado de <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/3631/1/TESIS376-131007.pdf>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought y action: a social cognitive theory*. Englewood. Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A., Caprara, G., Barbaranelli, C., Gerbino, M., & Pastorelli, C. (2003). Role of affective self-regulatory efficacy in diverse spheres of psychosocial functioning. *Child Development*, 74, 769-782.
- Bell, N. J., Forthum, L. F., & Sun, S. (2000). Attachment, adolescent competencies, and substance use: Developmental considerations in the study of risk behavior. *Substance Use & Misuse*, 35(9), 177-206.

- Berger, K. S. (2007). *Psicología del Desarrollo Infancia y Adolescencia*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- Beyers, W., Goossens, L., Vansant, I., & Moors, E. (2003). Structural Model of Autonomy in Middle and Late Adolescence: Connectedness, Separation, Detachment, and Agency. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(5), 351-365.
- Bisquerra, R., Punset, E., Mora, F., García Navarro, E., López-Cassa, E., Pérez-González, J. C., Lantieri, L., Nambiar, M., Aguilera, P., Segovia, N., & Planllis, O. (2012). *¿Cómo educar las emociones? La inteligencia emocional en la infancia y la adolescencia*. Esplugues de Llobregat (Barcelona): Hospital Santa Joao de Déu.
- Bolsoni-Silva, A., Villas Boas, A., Romera, V., & Silveira, F. (2010). Caracterização de programas de intervenção com crianças e/ou adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 62(1), 104-118.
- Bonilla, B. E., & Galdámez, C. C. (2013). *Estudio comparativo de género sobre la vulnerabilidad emocional de los adolescentes de tercer ciclo ante la influencia de las redes sociales* (Informe Final del trabajo de graduación, Universidad de El Salvador). Recuperado de <http://www.core.kmi.open.ac.uk/download/pdf/17044392.pdf>
- Caballo, V. (1999). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Calderón Prada, A., Espinosa Pezzia, A., & Techio, E. M. (2004). Resiliencia, afrontamiento, bienestar psicológico y clima socioemocional después de los atentados del 11 de marzo. *Ansiedad y Estrés*, 10(2-3), 265-276.
- Camacho Gómez, C., & Camacho Calvo, M. (2005). Habilidades sociales en adolescencia: un programa de intervención. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 3, 1- 27.

- Cambon, L., Minary, L., Ridde, V., & Alla, F. (2012). Transferability of interventions in health education: a review. *BMC Public Health, 12*(497). Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/497>
- Cardozo, G. (2008). *Habilidades para la vida. Una propuesta educativa en promoción de la salud*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.
- Carrasco Ortiz, M. A., & del Barrio Gándara, M. V. (2002). Evaluación de la autoeficacia en niños y adolescentes. *Psicothema, 14*, 323-332.
- Carrillo Picazzo, L. M. (2009). La familia, la autoestima y el fracaso escolar del adolescente (Tesis doctoral) Facultad de Psicología, Universidad de Granada, España. Recuperada de <http://hera.ugr.es/tesisugr/17811089.pdf>
- Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the BRIEF-COPE. *International Journal of Behavioral Medicine, 4*(1), 94-100.
- Castañeiras, C., Verdinelli, S., & Posada, M. *Escala de bienestar psicológico*. Documento no publicado 2009. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Castro Solano, A. (2003). Factores salugénicos en adolescentes argentinos. *Revista Investigaciones en Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 8*(2), 55-79.
- Castro Solano, A. (Comp.). (2010). *Fundamentos de Psicología Positiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Casullo, M. M. (2008). *Prácticas en Psicología Positiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Casullo, M. M., Bonaldi, P., & Fernández Liporace, M. (2000). *Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Casullo, M. M., Cruz, M. S., González, R., & Maganto, C. (2003). Síntomas psicopatológicos en adolescentes. Estudio comparativo. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 16*(2), 135-149.

- Casullo, M. M., & Fernández Liporace, M. (2001). Estrategias de afrontamiento en estudiantes adolescentes. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la UBA*, 6(1), 25-49.
- Casullo, M. M., González Barrón, R., & Bernabéu Verdú, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psichotema*, 14(2), 363-368.
- Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan, J. A., Lonczak, H. S., & Hawkins, D. (2004). Positive youth development in the United States: Research Findings on evaluations of positive youth development programs. *The annals of the American academy of political and social science*, 591, 98-124.
- Cava, M. J., Musitu, G., & Vera, A. (2000). Efectos directos e indirectos de la autoestima en el ánimo depresivo. *Revista Mexicana de Psicología*, 17, 151-161.
- Centellas Albert, R., Julve Moreno, C., Marco Fabre, M., Martínez Martínez, R., More Liso, M. A., Navarro Soto, A. L., & de Pedro Herrera, M. D. (2007). *Proyecto de autonomía personal. Manual de buenas prácticas*. España: Instituto Aragonés de Servicios Sociales.
- Choque-Larrauri, R., & Chirinos-Cáceres, J. L (2009). Eficacia del Programa de Habilidades para la Vida en Adolescentes Escolares de Huancavelica, Perú. *Revista de Salud Pública*, 11(2), 169-181.
- Cingolani, J. M. (2006) Vulnerabilidad psicológica y comportamiento salugénico. *Anuario de Proyectos e Informes de Becarios de Investigación*, 4, 112-124.
- Cingolani, J. M., & Castañeiras, C. (2011). Diseño y Aplicación de un Programa de Intervención Psicosocial para Adolescentes Escolarizados. *Psicodebate*, 11, 43-54.
- Cingolani, J. M., Castañeiras, C., & Posada, M. (agosto, 2008). *Estrategias de afrontamiento y malestar/bienestar subjetivo: estudio en adolescentes de la ciudad de*

- Mar del Plata*. Ponencia presentada en el III Encuentro Iberoamericano sobre Psicología Positiva. Buenos Aires, Argentina.
- Coleman, J. C., & Hendry, L. B. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.
- Contini de González, N. (2001). Hacia un cambio de paradigma: De la psicopatología al bienestar psicológico. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 47(4), 306-315.
- Contini de González, N. (Comp.) (2006). *Pensar la adolescencia hoy. De la psicopatología al bienestar psicológico*. Buenos Aires: Paidós.
- Contini de González, N., Lacunza, A., & Esterkind De Chein, A. (2013). Habilidades sociales en contextos urbanos y rurales. Un estudio comparativo con adolescentes. *Psicogente*, 16(29), 103-117.
- Coppo, A., Maristany, M., & Martínez, A. (2008). Construcción del guión personal: psicoterapia con adolescentes y sus familias. En H. Fernández Álvarez (Comp.), *Integración y Salud Mental* (pp. 273-301). Bilbao: Desclée de Brower.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. London: Sage Publications.
- Damasio, A. (2010). *Y el cerebro creó al hombre*. Barcelona: Ediciones Planeta.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. (2013). Programas eficaces de entrenamiento en habilidades sociales basados en métodos vivenciales. *Apuntes de Psicología*, 31, 67-76.
- Department of Health and Human Services (DHHS). (2001). *Finding the balance: Program fidelity and adaptation in substance abuse prevention. A State-of-the-art-review*. Rockville, MD: Author.
- Diener, E., & Lucas, R. E. (2000). Subjective emotional well-being. En M. Lewis & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 325-337). New York: Guilford.
- Diener, E., & Suh, E. (2000). *Culture and Subjective Well-Being*. Cambridge: MIT Press.

- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment* 49(1), 71-75.
- Donas Burak, S. (Ed.). (2001). *Protección, riesgo y vulnerabilidad. Sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los adolescentes y las adolescentes*. En *Adolescencia y juventud en América Latina* (pp. 489-499). Cartago: Libro Universitario Regional.
- Durlak, J. A., & Weissberg, R. P. (2007). *The impact of after-school programs that promote personal and social skills*. Chicago, IL: Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning.
- Ekman, P. (1999). Basic Emotions. En T. Dalgleish & T. Power (Eds.), *The Handbook of Cognition and Emotion* (pp. 45-60). Sussex, U.K.: John Wiley & Sons, Ltd.
- Emmons, R. A., & Diener, E. (1985). Personality correlates of subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 11, 89-97.
- Erikson, E. (1968). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Estévez López, E., Musitu Ochoa, G., & Herrero Olaizola, J. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Medigraphic*, 28(4), 81-89.
- Evans, D. (2002). *Emoción: La ciencia del sentimiento*. Madrid: Taurus.
- Facio A., Resett S., Mistrorigo C., & Micocci F. (2006). *Adolescentes Argentinos. Cómo piensan y sienten*. Buenos Aires: Lugar.
- Feijó González, M. (2013). Programa psicodinámico de intervención grupal para el fomento del equilibrio en la personalidad adolescente (Tesis doctoral) Universidad de Valladolid, España. Recuperada de <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/3631/1/TESIS376-131007.pdf>

- Fernández Álvarez, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández Álvarez, H. (2008). Psicoterapia de grupo: un modelo integral. En H. Fernández Álvarez (Comp.), *Integración y Salud Mental* (pp. 593-631). Bilbao: Desclée de Brower.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports, 94*, 751-755.
- Fernández Castro J., Álvarez, M., Blasco, I., Doval, E., & Sanz, A. (1998). Validación de la Escala de Competencia Personal de Wallston: Implicaciones para el estudio del estrés. *Ansiedad y Estrés, 4*, 31-41.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2011). *La adolescencia, una época de oportunidades. Estado Mundial de la Infancia 2011*. Nueva York: UNICEF.
- Fregoso, O. A., López, J., Navarro, G., & Valadez, M. D. (2013). Habilidades emocionales en estudiantes de educación secundaria. *Uaricha, 10*(23), 1-2.
- Freire, T., Araújo, M., Teixeira, A., & Lima, I. (2012). Implementação e avaliação de um programa de intervenção em grupo para o desenvolvimento positivo de adolescentes: Desafio: ser. *Psicologia, Educação e Cultura. Psicologia, Educação e Cultura, 16*(1), 231-255.
- Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H., & Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 14*, 29-42.
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent coping. Theoretical and Research Perspectives*. New York: Routledge.

- Fuentes, M. C., García, J. F., Gracia, E., & Lila, M. (2011). Autoconcepto y ajuste psicosocial en la adolescencia. *Psicothema*, 23(1), 7-12.
- Gancedo, M. (2009). Reflexiones y experiencias acerca del aprendizaje de la Psicología Positiva y los Enfoques Salugénicos. *Psicodebate*, 10, 83-102.
- Garaigordobil, M. (2001). Intervención con adolescentes: impacto de un programa en la asertividad y en las estrategias cognitivas de afrontamiento de situaciones sociales. *Psicología Conductual*, 9(2), 221-246.
- Garaigordobil, M. (2008). *Intervención psicológica con adolescentes. Un programa para el desarrollo de la personalidad y la educación en derechos humanos*. Madrid: Pirámide.
- Garaigordobil, M., & Durá, A. (2006). Relaciones de autoconcepto y la autoestima con sociabilidad, estabilidad emocional y responsabilidad en adolescentes de 14 a 17 años. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32, 37-64.
- García, J. F., & Musitu, G. (1999). *AF5: Autoconcepto forma 5*. Madrid: TEA ediciones.
- García, R., Ortega, N., & Rivera, A. M. (2013). El papel de la familia en el aprendizaje compartido de la regulación emocional como bienestar subjetivo. *European Scientific Journal* 9(32), 153-161.
- García-Merita, M., Balaguer, I., Castillo, I., Álvarez, M., & Mars, L. (2010). Eficacia de un programa de intervención para mejorar la competencia, autonomía y bienestar de educadores de centros de protección de menores. *Educación XXI*, 13(2), 199-215.
- Gázquez, M., García del Castillo, J. A., & Espada, J. P. (2009). Características de los programas eficaces para la prevención escolar del consumo de drogas. *Salud y drogas*, 9, 185-208.
- Gil, J., Moreno, E., Vinaccia, S., Contreras, F., Fernández, H., Londoño, X., Salas, G. H., & Medellín, J. (2004). Hábitos básicos de salud y creencias sobre salud y enfermedad

- en adolescentes de España, Colombia y México. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(3), 483-504.
- Godoy-Izquierdo, D., & Godoy, J. (2006). Escala de Autoeficacia Específica para el Afrontamiento del Estrés (EAEAE). En V. E. Caballo (CD) *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Godoy-Izquierdo, D., Godoy García, J., López Chicheri García, I., Martínez Delgado, A., Gutiérrez Jiménez, S., & Vázquez Vázquez, L. (2008). Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés (EAEAE). *Psicothema*, 20(1), 155-165.
- Goleman, D. (1996) *Emotional Intelligence: why it can matter more than IQ*. London: Bloomsbury Publishing.
- Gómez Penedo, J. M., & Roussos, A. (2012). ¿Cómo sabemos si nuestros pacientes mejoran? Criterios para la significancia clínica en psicoterapia: Un debate que se renueva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(2), 173-190.
- Gonçalves-de Freitas, M. (2004). Los adolescentes como agentes de cambio social: Algunas reflexiones para los psicólogos sociales comunitarios. *Psyche*, 13(2), 131-142.
- Góngora, V., & Castro Solano, A. (2014). Well-being and life satisfaction in Argentinean adolescents. *Journal of Youth Studies*, 1-15. doi:10.1080/13676261.2014.918251.
- Grau, A. R., Correa, V. C., & Rojas, B. R. (1999). *Metodología de la Investigación*. Ibagué: Corporación Universitaria de Ibagué.
- Graziano, P. A., Reavis, R. D., Keane, S. P., & Calkins, S. D. (2007). The role of emotion regulation in children's early academic success. *Journal of School Psychology*, 45, 3-19.
- Grinhauz, S., & Castro Solano, A. (2014). Una revisión de los programas de intervención en las escuelas basados en las fortalezas del carácter. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 60(2), 121-129.

- Gross, J. (1998). Antecedent and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 224-237.
- Gross, J., & Thompson, R. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York: Guilford Press.
- Grotberg, E. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades*. Barcelona: Gedisa.
- Gumora, G., & Arsenio, W. F. (2002). Emotionality, emotion regulation, and school performance in middle school children. *Journal of School Psychology, 40*, 395-413.
- Gutiérrez Sanmartín, M., Escartí Carbonell, A., & Baños, C. P. (2011). Relaciones entre empatía, conducta prosocial, agresividad, autoeficacia y responsabilidad personal y social de los escolares. *Psicothema, 23*(1), 13-19.
- Haquin, F., Larraguibel, Q., & Cabezas, J. (2004). Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Revista Chilena de Pediatría, 75*(5), 425-433.
- Heilemann, M., Lee, K., & Kury, F. S. (2003). Psychometric properties of the Spanish version of the Resilience Scale. *Journal Nursing Measurement, 11*(1), 61-72.
- Henderson, N., & Milstein, M. M. (2003). *Resiliencia en la Escuela*. Barcelona: Paidós.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M.P. (2010). *Metodología de la investigación*. México DF: McGraw-Hill.
- Hervás, G., Sánchez, Á., & Vázquez, C. (2008). Intervenciones psicológicas para la promoción del bienestar. En C. Vázquez & G. Hervás. G. (Eds.), *Psicología Positiva aplicada* (pp. 41-71). Bilbao: Desclée de Brower.
- Huebner, E., & Hills, K. J. (2011). Does the positive psychology movement have legs for children in schools? *The Journal of Positive Psychology, 6*(1), 88-94.

- Ibáñez Aguirre, C. (2004). Bases psicosociales para la planificación de programas de prevención tabáquica. *Psiquis*, 25(3), 95-107.
- Inglés, C. J. (2003). *Programa PEHIA. Enseñanza de habilidades interpersonales para adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Inglés, C. J., Méndez, F., & Hidalgo, D. (2000). Cuestionario de Dificultades Interpersonales en la Adolescencia. *Psicothema*, 2(3), 390-398.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescent: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.
- Jiménez, C. J., Torregrosa, E. M., Burgos, J. C., & Uitzil, L. A. (2013). Conformación de valores entre adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(3), 848-863.
- Krueger, R. A. (1991). *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leibovich de Figueroa, N. (2002). *El malestar y su evaluación en diferentes contextos*. Buenos Aires: Eudeba.
- Lerner, R. M. (2004). *Liberty: Thriving and civic engagement among American youth*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ley Nacional 25.326. (2000). *Ley de Protección de Datos Personales*. Poder Legislativo de la República Argentina.
- Ley Nacional 26.061. (2005). *Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes*. Poder Legislativo de la República Argentina.

- Ley Nacional 26.206. (2006). *Ley de Educación Nacional*. Poder Legislativo de la República Argentina.
- Lima Serrano, M., Neves de Jesus, S., & Lima Rodríguez, J. S. (2012). Actitudes de adolescentes hacia la salud: evaluación de un programa escolar de promoción de la salud en Sevilla, España. *Salud Colectiva*, 8(1), 47-60.
- López, C., Sánchez, A., Pérez-Nieto, M. A., & Fernández, M. P. (2008). Impulsividad, autoestima y control cognitivo en la agresividad del adolescente. *EduPsykhé. Revista de psicología y educación*, 7(1), 81-99.
- López, L. (2013). Inteligencia emocional percibida, motivación de logro y rendimiento escolar en estudiantes de conservatorio de música. *Lista Electrónica Europea de Música en la Educación*, 3, 1-18. Recuperado de <http://musica.rediris.es/leeme/revista/lopez13.pdf>
- López-Sánchez, F., Carpintero, E., Campo, A., Lázaro, S., & Soriano, S. (2007). Bienestar personal y social: un programa de promoción para adolescentes. En J. N. García (Coord.), *Dificultades de desarrollo. Evaluación e intervención* (pp. 15-224). Madrid: Pirámide.
- Lujan, I. (2002). Autoconcepto y conflictos en la construcción de la identidad adolescente en una sociedad cambiante. *Revista Psicosocial*, 2, 1-27.
- Maddaleno, M., Morello, P., & Infante-Espínola, F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: Desafíos para la próxima década. *Salud Pública de México*, 45, 132-139.
- Malekoff, A. (2004). *Group work with adolescents. Principles and practice*. New York: Guilford Press.

- Mangrulkar, L., Vince Whitman, Ch., & Posner, M. (2001). Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. *Organización Panamericana de la Salud. División de Promoción y Protección de la Salud*, 13-33.
- Marti, E. (2005). *Psicología del desarrollo: El mundo del adolescente*. México: Alfaomega Grupo Editor.
- Martín Romera, A., & Sánchez Sánchez, F. (2001). Desajuste psicosocial en la adolescencia: Una experiencia grupal. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 2(1), 15-22.
- Martínez, C. (2007). *Introducción a la Suicidología. Teoría, investigación e intervenciones*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Martínez, J. M., & Robles, L. (2001). Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Psicothema*, 13(2), 222-228.
- Mellilo, A. (2007). El desarrollo psicológico del adolescente y la resiliencia. En M. Munist, E. Suárez Ojeda, D. Krauskopf & T. Silber (Comps.), *Adolescencia y Resiliencia* (pp. 61-79). Buenos Aires: Paidós.
- Ministerio de Salud (2005). *Orientaciones técnicas del tema de habilidades para la vida*. Lima: Dirección General de Promoción de la Salud.
- Minto, E. C., Pedro, C. P., Netto, J. R. C., Bugliani, M. A., & Gorayeb, R. (2006). Ensino de habilidades de vida na escola: Uma experiência com adolescentes. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 11(3), 561-568.
- Monjas Casares, M. (2000). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar*. Madrid: CEPE.
- Montero, I., & León. O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 115-127.

- Montt, M., & Ulloa, F. (1996). Autoestima y salud mental en los adolescentes. *Salud Mental, 19*(3), 30-35.
- Moos, R., & Schaefer, J. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. En L. Golberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 234-257). Nueva York: Kree Press.
- Moral Santaella, C. (2006). Criterios de validez en la investigación cualitativa actual. *Revista de Investigación Educativa, 24*(1), 147-164.
- Morales, M., Benítez, M., & Agustín, D. (2013). Habilidades para la vida (cognitivas y sociales) en adolescentes de zona rural. *Revista Electrónica de Investigación Educativa, 15*(3), 98-113.
- Morris, C. (1997). *Psicología*. México: Prentice Hall.
- Muris, P., Schmidt, H., Lambrichs, R., & Meesters, C. (2001). Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 555-565.
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M., & Cava, M. (2001). *Familia y adolescencia*. Madrid: Síntesis.
- Neto, F. (1993). The satisfaction with life scale: Psychometrics properties in an adolescent sample. *Journal of Youth and Adolescence, 22*(2), 125-134.
- Ogden, T., Beyers, W., & Ciairano, S. (2009). Intervention and prevention with adolescents. *Journal of Adolescence, 32*(6), 1343-45.
- Oliva, A., Hernando Gómez, A., Parra Jiménez, A., Pertegal Vega, M. A., Ríos Bermúdez, M., & Antolín Suárez, A. (2008). *La promoción del desarrollo adolescente: Recursos y estrategias de intervención*. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud.
- Orcasita, L., & Uribe, A. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia: Avances de la disciplina, 4*(2), 69-82.

- Organización Mundial de la Salud. (1999). *Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes*. Ginebra: OMS, Serie de Informes Técnicos.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *El estado de salud de los adolescentes*. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/facts/es/index.html
- Organización Mundial de la Salud-UNICEF. (1978). *Atención Primaria de Salud*. Alma Ata. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Panorama regional y perfiles de países. Salud en las Américas*. Washington D.C.: OPS/OMS.
- Ortiz, M. J. (2001). El desarrollo emocional. En F. López, I. Extebarría, M. Fuentes & M. J. Ortiz (Comps.), *Desarrollo Afectivo y Social* (pp. 95-124). Pirámide: Madrid.
- Páramo, M. A. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia Psicológica*, 29(1), 85-95.
- Park, N. (2004). The role of subjective well-being in positive youth development. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 591, 25-39.
- Pascual, L., & Ballester, R. (1997). *La práctica de la psicología de la salud: programas de intervención*. Valencia: Promolibro.
- Patrick, H., Knee, C. R., Canevello, A., & Lonsbary, C. (2007). The role of need fulfillment in relationship functioning and well-being: A self-determination theory perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 434-457.
- Pérez, I. (2000). *Habilidades sociales: Educar hacia la autorregulación. Conceptualización, evaluación e intervención*. Barcelona: Horsori.
- Pérez de la Barrera, C. (2012). Habilidades para la vida y consumo de drogas en adolescentes escolarizados mexicanos. *Adicciones*, 24(2), 153-160.

- Petersen, A. C., & Taylor, B. (1980). The biological approach to adolescence: Biological change and psychological adaptation. En J. Adelson (Ed.), *Handbook of Adolescent Psychology* (pp.117-155). New York: Wiley.
- Piaget, J. (1970). *Psicología y Epistemología Genética*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Remor, E., Amorós Gómez, M., & Carrobes, J. (2010). Eficacia de un programa manualizado de intervención en grupo para la potenciación de las fortalezas y recursos psicológicos. *Anales de Psicología*, 26(1), 49-57.
- Rhee, H., Ciurzynski, S. M., & Yoos, H. L. (2008). Pearls and pitfalls of community-based group interventions for adolescents: Lessons learned from adolescent asthma camp study. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 31(3), 122-135.
- Rivas, R. M., & Fernández, P. (1996). Conocimiento y creencias sobre la salud en la adolescencia. *Psicología Conductual*, 4, 97-108.
- Rivera-Heredia, M. E., & Andrade, P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8(2), 23-40.
- Rodríguez, E. (2008). Políticas públicas de juventud en América Latina: Experiencias adquiridas y desafíos a encarar. *Pensamiento Iberoamericano*, 3, 273-291.
- Rodríguez, A., Goñi, A., & Ruiz de Azúa, S. (2006). Autoconcepto físico y estilos de vida en la adolescencia. *Intervención Psicosocial*, 15(1), 81-94.
- Rodríguez, J. J., Kohn, R., & Aguilar-Gaxiola, S. (Eds.). (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington D.C.: OPS/OMS.
- Roth, J., & Brooks-Gunn, J. (2003). Youth development programs: Risk, prevention and policy. *Journal of Adolescent Health*, 32, 170-182.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335-344.

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, 55*, 68-78.
- Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(4), 719-727.
- Saarni, C. (2000). Emotional Competence. A Developmental Perspective. En R. Bar-On & J. Parker (Eds.), *The Handbook of Emotional Intelligence. Theory, Development, Assessment, and Application at Home, School, and in the Workplac* (pp. 68-91). San Francisco: Jossey-Bass.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (Ed), *Emotion, Disclosure & Health* (pp. 125-151). Washington: American Psychological Association.
- Sandin, B., Valiente, R., Chorot, P., Santed, M., & Lostao, L. (2008). SA-45: Forma abreviada del SCL-90. *Psicothema, 20*(2), 290-296.
- Scales, P., & Leffert, N. (1999). *Developmental assets: A synthesis of scientific research on adolescent development*. Minneapolis, MN: Search Institute.
- Scorsolini-Comin, F., Batistuta Manzi-Oliveira, A., Aparecida Casarini, K., Cury Jacquemin, R., & dos Santos, M. A. (2011). Avaliação de programas de intervenção com adolescentes: Limites, avanços e perspectivas. *Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano, 21*(3), 883-893.
- Seligman, M. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Vergara.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5-14.

- Seligman, M., Ernst, R. M., Gillham, J., Reivich, K., & Linkins, M. (2009). Positive education: Positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education*, 35(3), 293-311.
- Seligman, M., Steen, T., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421.
- Siemer, M., Mauss, I., & Gross, J. (2007). Same situation - Different emotions: How appraisals shape our emotions. *Emotion*, 7(3), 592-600.
- Silva, M. P., & Murta, S. G. (2009). Treinamento de Habilidades Sociais para Adolescentes: Uma Experiência no Programa de Atenção Integral à Família (PAIF). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1), 136-143.
- Stice, E., Shaw, H., & Marti, N. (2006). A meta-analytic review of obesity prevention programs for children and adolescents: The skinny on interventions that work. *Psychological Bulletin*, 132(5), 667-691.
- Suárez Ojeda, E. (2005). *Resiliencia, tendencias y perspectivas*. Colección salud comunitaria. Serie Resiliencia. Argentina: Ediciones de la UNLa.
- Vargas Jiménez, I. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. *Revista Calidad en la Educación Superior*, 3(1), 119-139.
- Veenhoven, R. (1991). Is happiness relative? *Social Indicators Research*, 24, 1-34.
- Veenhoven, R. (1995). Developments in Satisfaction Research. *Social Indicators Research*, 37, 1-46.
- Vera Poseck, B. (2006). Psicología Positiva: Una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 3-8.
- Verdugo-Lucero, J. C., Ponce De León-Pagaza, B. G., Guardado-Llamas, R. E., Meda-Lara, R. M., Uribe-Alvarado, J. I., & Guzmán-Muñiz, J. (2013). Estilos de

- afrentamiento al estrés y bienestar subjetivo en adolescentes y jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(1), 79-91.
- Vilariño, M., Amado, B., & Alves, C. (2013). Un estudio de campo de los factores de riesgo. *Anuario de Psicología Jurídica*, 23, 39-45.
- Villamarín, F., & Sanz, A. (2004). Autoeficacia y salud: investigación básica y aplicaciones. En M. Salanova, R. Grau, I. Martínez, E. Cifre, S. Llorens & M. García-Renedo, *Nuevos horizontes en la investigación sobre autoeficacia* (pp. 119-132). Castelló de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume I.
- Wagnild, G., & Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.
- Wald, G. (2009). Promoción de la salud a través del arte: Estudio de caso de un taller de fotografía en "Ciudad Oculta", la villa N° 15 de la Ciudad de Buenos Aires. *Salud Colectiva* 5(3), 345-362.
- Wallston, K. A. (1992). Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's Social Learning Theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 183-199.
- Weissberg, R. P., Kumpfer, K. L., & Seligman, M. (2003). Prevention that works for children and youth. *American Psychologist*, 58(6/7), 425-32.
- Wilkinson, J., & Canter, S. (1982). *Social skills training manual: Assessment, programme design and management of training*. Chichester: Wiley.
- Wilson, S. J., Lipsey, M. W., & Derzon, J. H. (2003). The effects of school violence prevention programs on aggressive and disruptive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 136-149.
- Wood, A. M., Joseph, S., & Linley, P. A. (2007). Coping style as a psychological resource of grateful people. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 1108-1125.

- Yalom, I. (1986). *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Zabala Berbena, M. A., Valadez Sierra, M. D., & Vargas Vivero, M. C. (2008). Inteligencia emocional y habilidades sociales en adolescentes con alta aceptación social. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 6(2), 319-338.
- Zarrett, N., & Lerner, R. M. (2008). Ways to promote the positive development of children and youth. *Child Trends*, 11, 1-5.
- Zelazo, P. D., & Cunningham, W. (2007). Executive function: Mechanisms underlying emotion regulation. En J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 135-158). New York: Guilford Press.

ANEXO 1

AGENDA DE TRABAJO PARA CADA ENCUENTRO

¿Cómo ser adolescente hoy y no morir en el intento?

AUTORES: JUAN M. CINGOLANI Y CLAUDIA E. CASTAÑEIRAS

ENCUENTRO 1

PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA, OBJETIVOS Y MODALIDAD DE TRABAJO

OBJETIVOS:

- Presentar el Programa de Intervención Psicosocial para Adolescentes (PIPs-A)
- Administrar el protocolo de evaluación inicial

MATERIALES:

- Protocolo de evaluación
-

CONTENIDOS DEL ENCUENTRO:

A. PRESENTACIÓN (40 minutos)

- **De los coordinadores y de los adolescentes** (20 minutos)
 - Modalidad de presentación: Diálogo e intercambio (distribución en círculo de los participantes y los coordinadores).
 - Se presentan los coordinadores informando datos personales básicos.

"La idea es que hoy, que es nuestro primer encuentro, nos conozcamos, ya que vamos a trabajar y compartir este espacio. Les contaremos en qué consiste esta propuesta, y cómo vamos a funcionar. Al cierre vamos a realizar una primera actividad"
 - Se invita a los adolescentes a que se presenten.
 - ✓ ¿Por qué se inscribieron en el PIPs-A?
 - ✓ Relevar las expectativas de participación de los adolescentes.
 - Evaluar grado de correspondencia entre las expectativas de los adolescentes y los objetivos del programa.

- **Del programa de intervención** (20 minutos)
 - Introducir de manera genérica los ejes que organizarán y orientarán la secuencia de los encuentros:
 - ✓ **¿En qué consiste el PIPs-A?**
 - *¿De qué se trata afrontar situaciones difíciles, nuevas, o que suponen cambios?*
 - *¿Por qué es importante ocuparnos de las emociones?*
 - *¿En qué consiste la comunicación?*
 - *¿De qué se trata ser adolescente hoy?*

"Estos temas están presentes en todas las personas pero en la adolescencia resultan especialmente importantes debido a la intensidad de cambios biológicos, psicológicos y sociales propios de este período vital" (brindar ejemplos).

- ✓ **¿Cómo lo vamos a hacer?**
 - Comentar las técnicas y actividades que se desarrollarán durante el PIPs-A:
 - Técnicas grupales e individuales de exposición.
 - Técnicas de representación, discusión y reflexión.
 - Tareas interencuentro con el fin de darle continuidad al trabajo propuesto en cada encuentro y aumentar la incorporación de las habilidades estimuladas al "menú de opciones" de los adolescentes para favorecer su utilización.
 - Importancia de evaluar el proceso en distintos momentos.

Obs.: destacar la condición de los adolescentes como protagonistas de este proceso

B. MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO DEL PIPs-A (15 MINUTOS)

- Extensión: 12 encuentros (10 encuentros para la aplicación del Programa), 1 encuentro a los 3 meses, y otro a los 6 meses (evaluaciones de seguimiento)
- Frecuencia: semanal
- Duración por encuentro: 2 horas
- Horario y lugar: A definir de acuerdo a disponibilidad institucional y del grupo
- Consensuar con los adolescentes los acuerdos básicos para sostener los encuentros y su desarrollo

Favorecer la dinámica (cohesión y movilidad) y el **compromiso grupal** mediante acuerdos sobre:

- ✓ **Asistencia:** se requiere la participación del grupo en todos los encuentros. En caso de alguna eventualidad se les pedirá que se comuniquen con los coordinadores para dar aviso (se comenta continuidad y articulación de contenidos y actividades entre los encuentros).
- ✓ **Puntualidad:** no se permitirá el ingreso al taller luego de los primeros diez minutos de iniciado.
- ✓ **Respeto:** trabajar en un clima de respeto mutuo, reconociendo la diversidad de ideas, sin discriminar.
- ✓ **Confidencialidad:** sobre los contenidos e información personal que se comparta en los encuentros (incluye los registros audiovisuales y las evaluaciones que se realicen para valorar la evolución de cada grupo).
- ✓ **Consentimiento Informado:** explicar la necesidad e importancia de incluir la autorización escrita de los padres o adultos a cargo y también la aceptación del propio adolescente como condición para participar en la investigación en la que se basa el taller.

C. ADMINISTRACIÓN DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN INICIAL (45 MINUTOS)

- Los adolescentes lo completan individualmente. Los coordinadores destacan el valor de las respuestas que genuinamente mejor representen la experiencia de cada adolescente.

D. CIERRE (20 MINUTOS)

- Indagar el impacto de este primer encuentro en los adolescentes.

ENCUENTRO 2

Afrontamiento adaptativo y uso de estrategias alternativas, destacando el valor de la propia experiencia como fuente de conocimiento:

¿DE QUÉ SE TRATA AFRONTAR SITUACIONES DIFÍCILES, NUEVAS, O QUE SUPONEN CAMBIOS?

OBJETIVOS:

- Identificar fuentes de tensión y estrés en la vida cotidiana
- Diferenciar características de situaciones que generan tensión y estrés de aquellas que no lo hacen
- Identificar características personales que pueden actuar como recursos para afrontar experiencias de tensión en distintas situaciones
- Conocer diferentes tipos y combinaciones de afrontamiento

MATERIALES:

- Dossier Modulo N°1
 - Viñetas
 - Guía de análisis
 - Tiza y pizarrón
-

CONTENIDOS DEL ENCUENTRO:

A. ACTIVIDAD GRUPAL (50 MINUTOS)

- Explorar la percepción y valoración de los adolescentes sobre el primer encuentro.
- Recoger los consentimientos informados firmados.
- Conformar dos grupos de trabajo (criterio de agrupación a cargo de los adolescentes respetando la misma cantidad de integrantes).

- Presentar a cada grupo material gráfico para su análisis (viñetas¹).
- ✓ Se le entrega a cada grupo una *Guía* para analizar las dos viñetas entregadas:
 - a) *¿Qué está pasando en cada viñeta?*
 - b) *¿Por qué se llegó a esa situación?*
 - c) *¿Qué representa para cada personaje lo que está sucediendo?*
 - d) *¿Cómo afronta cada uno la situación?*

El coordinador registra en el pizarrón las respuestas aportadas por cada grupo.

B. PSICOEDUCACIÓN (50 MINUTOS)

Entregar dossier (Modulo 1º -Primera Parte-)

- Diferenciar situaciones/experiencias difíciles de las no difíciles (tomando como referencia el monto de tensión generado).
- Analizar qué hace que una situación se convierta en problemática.
- Qué es el afrontamiento: diferentes estilos (variables personales-situacionales).
- Modalidades: de evitación-de aproximación; cognitivo-emocional.
- Analizar la influencia de lo no conocido (incertidumbre), de lo no deseado y/o lo que genera tensión como parte de la naturaleza de un problema. Brindar ejemplos.
- Identificar las características del afrontamiento en las viñetas analizadas.

C. CIERRE (20 MINUTOS)

- Analizar y reflexionar grupalmente acerca de los contenidos trabajados.
- Asignar primer tarea interencuentro "*Identificando dificultades para poder avanzar*"

¹ Estas viñetas han sido diseñadas exclusivamente para ser utilizadas en el marco del PIPs-A.

Consigna:

1. Buscar y traer ejemplos (gráficos, publicidad, letras de música, etc.) que expresen predominantemente diferentes tipos de afrontamiento (de evitación-de aproximación y cognitivo-emocional).
 2. Traer por escrito una descripción sobre una experiencia de afrontamiento personal.
 - ✓ ¿Qué les hizo pensar que era una situación que tenían que afrontar?
 - ✓ ¿Cómo la afrontaron?
-

ENCUENTRO 3

Afrontamiento adaptativo y uso de estrategias alternativas, destacando el valor de la propia experiencia como fuente de conocimiento:

¿CÓMO AFRONTO MIS EXPERIENCIAS?

OBJETIVOS:

- Identificar la modalidad personal de afrontamiento
- Favorecer la flexibilidad y capacidad adaptativa en la generación y utilización de opciones de afrontamiento

MATERIALES:

- Material de la tarea interencuentro aportado por los adolescentes
 - Dossier Módulo N°1
-

CONTENIDOS DEL ENCUENTRO:

A. REVISIÓN DE LA TAREA INTERENCUENTRO (50 MINUTOS)

- Analizar los ejemplos trabajados en función de la consigna dada y promover en el grupo el intercambio de ideas para identificar diferentes componentes del afrontamiento:
 - Naturaleza percibida de la situación: en qué medida la situación genera tensión y estrés.
 - *Obs. Es frecuente que la tensión se relacione con situaciones conflictivas que básicamente involucran diferentes opciones: atracción-atracción (++), rechazo-rechazo (--), o atracción-rechazo (+-), ya que le demanda a la persona una decisión.*
 - Carácter constructivo de la experiencia: destacar el poder de la interpretación (componente evaluativo) en el proceso de afrontamiento.
 - Resultado del afrontamiento: en función de los dos aspectos anteriores, identificar si el modo de afrontar logró reducir/resolver la tensión (afrontamiento efectivo).

B. PSICOEDUCACIÓN (50 MINUTOS)

Entregar dossier (Modulo 1º -Segunda Parte-)

- Identificar elementos implicados en el afrontamiento: evaluación de la situación y de los propios recursos.
- Analizar cuándo una situación se convierte en problemática. Características de la evaluación primaria y secundaria.
- Influencia de experiencias significativas.
- ¿Cuándo un afrontamiento es efectivo y en qué medida es adaptativo?

C. CIERRE (20 MINUTOS)

- Analizar y reflexionar grupalmente acerca de los contenidos trabajados.
- Conformar dos grupos de trabajo y asignar tarea interencuentro "*Poniéndole el cuerpo a los problemas*"

Consigna:

- 1) Cada grupo elaborará un guión a partir del cual realizarán una representación.
 - 2) El núcleo argumental será una situación y/o experiencia problemática.
 - 3) Deberá incluir presentación, desarrollo y desenlace, e incorporar en la escena a 4 personajes diferentes.
 - 4) Cada guión será representado en el próximo encuentro y tendrá una duración de 10 minutos.
-

ENCUENTRO 4

Regulación emocional a través de la identificación y el adecuado manejo de las propias emociones:

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE OCUPARNOS DE LAS EMOCIONES?

OBJETIVOS:

- Identificar repertorio de emociones básicas y sus principales características
- Comprender la función adaptativa de los estados emocionales
- Conocer las relaciones entre los pensamientos, los estados emocionales y las conductas que organizan la experiencia y el funcionamiento personal

MATERIALES:

- Guías de trabajo tarea interencuentro
 - Dossier Módulo N°2
-

CONTENIDOS DEL ENCUENTRO:

A. REVISIÓN DE LA TAREA INTERENCUENTRO (50 MINUTOS)

- Se le entrega a cada grupo una *guía de trabajo* para analizar la representación del otro grupo.
 - ✓ ¿En qué consiste la escena representada?
 - ✓ ¿Qué personajes se representan y qué características tiene cada uno?
 - ✓ ¿Cuál es la situación problemática?
 - ✓ ¿Cómo afronta cada personaje esa situación?
 - ✓ ¿Cómo se siente cada personaje? ¿Y qué les hace pensar que se siente de ese modo?
- Puesta en escena de las representaciones preparadas por cada grupo.
- Análisis grupal de la puesta en escena en función de la *guía de trabajo* propuesta.

B. PSICOEDUCACIÓN (50 MINUTOS)

Entregar dossier (Modulo 2º -Primera Parte-)

- Evaluar el grado de correspondencia entre la representación realizada y los significados atribuidos para su comprensión.
- Qué son las emociones/estados emocionales, en qué consisten.
- Diferenciar emociones y sentimientos.
- Emociones básicas: miedo, sorpresa, aversión, ira, alegría, tristeza: tipos, descripción, funciones.
- ¿Por qué es importante identificar y comprender las emociones?
- ¿Logran identificar lo que sienten en general? ¿Cómo? ¿De qué manera?

C. CIERRE (20 MINUTOS)

- Analizar y reflexionar grupalmente acerca de los contenidos trabajados.
- Asignar tarea interencuentro "Conviviendo con mis emociones"

Consigna:

- ✓ Se le solicita a los adolescentes que durante la semana presten especial atención a sus emociones e intenten identificar si su manera de sentirte se relaciona con alguna situación específica.
- ✓ Se les entrega el siguiente registro para completar:

<i>Registro semanal de mis emociones</i>					
	¿Qué pasó? Describe la situación	¿En qué medida me afectó? Puntuar de 0 a 10	¿Cómo me sentí con lo que pasó?	¿Cómo reaccioné?	¿Y cómo me sentí después?
DIAS					

ENCUENTRO 5

Regulación emocional a través de la identificación y el adecuado manejo de las propias emociones:

¿CÓMO MANEJO MIS EMOCIONES?

OBJETIVOS:

- Identificar los estados emocionales propios como fuente de conocimiento en las experiencias personales
- Estimular el desarrollo de habilidades para regular las emociones: relaciones entre el control de impulsos y la estabilidad emocional
- Facilitar la expresión emocional

MATERIALES:

- Registro de emociones
 - Fábula de la tristeza y la furia
 - Guía de análisis
 - Dossier N°2
-

CONTENIDOS DEL ENCUENTRO:

A. REVISIÓN DE LA TAREA INTERENCUENTRO (20 MINUTOS)

- Chequear los registros semanales de emociones.
- Analizar las emociones identificadas por los adolescentes en función de las variables del registro.

B. ACTIVIDAD EN PEQUEÑOS GRUPOS. FÁBULA LA TRISTEZA Y LA FURIA (30 MINUTOS)

- Conformar dos grupos.
- Entregar a cada uno la fábula (Bucay, 1997) y una guía de análisis:

... Hace mucho, mucho tiempo, vinieron a este lago a bañarse la tristeza y la furia. Las dos se quitaron sus vestimentas y se metieron en el agua. La furia, apurada (como siempre está la furia) y frenética, se bañó rápidamente, y salió del agua. Pero, como sabes, la furia es ciega, o por lo menos no distingue bien la realidad, así que al salir se puso la primera ropa que encontró. Y resulta que el vestido era el de la tristeza.

El juglar paró un momento para ver el rostro del oyente. Sin duda, era la misma tez de asombro que la que tenía cualquier niño de la ciudad cuando escuchaba sus fábulas.

Mientras, la tristeza, calmada y serena, y dispuesta siempre a quedarse en el lugar donde está, terminó su baño. Y, de manera sosegada salió del agua. Observó que su ropa ya no estaba y, como bien sabes, lo que menos le gusta a la tristeza es quedarse desnuda. Así que se puso la única ropa que había, la de la furia.

Cuentan que desde entonces, muchas veces nos encontramos con la furia, ciega, cruel, terrible y enfadada, pero si miras bien, te darás cuenta que debajo del disfraz de la furia, en realidad...está escondida la tristeza.

- Guía propuesta para el análisis de la fábula:
 - Analizar el contenido de la fábula (nivel descriptivo).
 - ¿Cuáles son los elementos que pueden distinguir en cada una de las experiencias a las que se refiere el autor? (nivel analítico).
 - ¿Qué intenta transmitir el texto? (nivel connotativo, interpretativo).
 - ¿Encuentran alguna relación con sus experiencias personales? (relacionar la fábula con la propia experiencia de cada adolescente).
- Puesta en común de las respuestas de cada grupo.

C. PSICOEDUCACIÓN (50 MINUTOS)

Entregar *dossier* (Modulo 2º -Segunda Parte-)

- Importancia de identificar las emociones como forma de manejar más adecuadamente el control de los impulsos.
- Alcanzar una mayor estabilidad y capacidad para afrontar constructivamente los estados emocionales.

D. CIERRE (20 MINUTOS)

- Analizar y reflexionar grupalmente acerca de los contenidos trabajados.
- Asignar tarea interencuentro "*Conociéndonos en espejo*"

Consigna:

- ✓ Se le propone a cada integrante que describa a un compañero/a (se utilizará una modalidad de sorteo para definir la asignación del *amigo invisible* en el grupo) y se les proporciona un listado de adjetivos que describen características de personalidad.
 - ✓ No se podrá revelar la identidad del amigo invisible hasta el siguiente encuentro en el que se develará el misterio.
 - ✓ Se les pedirá que pensando en su *amigo invisible*:
 - Completen el listado de adjetivos, dando cuenta de las características del compañero/a que describen.
 - Traigan por escrito un ejemplo que dé cuenta de las tres características que mejor lo definen.
 - ✓ Por último, se les solicitará que completen el mismo listado de adjetivos que describen características de personalidad, pero en esta oportunidad, describiéndose a ellos mismos.
-

ENCUENTRO 6

Habilidades interpersonales necesarias para establecer y mantener relaciones satisfactorias con los demás:

¿EN QUÉ CONSISTE LA COMUNICACIÓN?

OBJETIVOS:

- Conocer la importancia de la comunicación humana y su influencia en diferentes áreas
- Establecer distinciones y relaciones entre lenguaje verbal y no verbal
- Analizar los aspectos implicados en la dinámica de la comunicación

MATERIALES:

- Planillas de registro *amigo invisible*
 - Tiza y pizarrón
 - Dossier Modulo N°3
-

CONTENIDOS DEL ENCUENTRO:

A. REVISIÓN DE LA TAREA INTERENCUENTRO (50 MINUTOS)

- Actividad *amigo invisible*.
 - ✓ Uno a uno, cada adolescente comentará la principal característica del compañero que le tocó describir manteniendo su anonimato.
 - ✓ Los coordinadores van completando estas características en un cuadro en el pizarrón.
 - ✓ Luego cada adolescente tratará de "reconocerse" en alguna de las descripciones hechas por sus compañeros, es decir, ¿logra identificar a su amigo invisible?
 - ✓ En caso de no lograr "descubrirlo", se irán aportando más características, y a continuación ejemplos de la vida cotidiana, para favorecer su identificación.
- La actividad finaliza cuando todos los adolescentes logran develar la identidad de su *amigo invisible*.

- Posteriormente se evaluará el grado de correspondencia entre las características señaladas por cada amigo invisible (heterobservación) y las que cada adolescente utilizó para autodescribirse (autoobservación).

B. PSICOEDUCACIÓN (50 MINUTOS)

Entregar *dossier* (Módulo N°3 -Primea Parte-)

- Presentar la comunicación como un fenómeno básicamente interactivo y relacional.
- Analizar sus componentes y las relaciones entre lenguaje verbal y no verbal.
- Abordar la importancia de estos elementos para lograr una comunicación efectiva.

C. CIERRE (20 MINUTOS)

- Analizar y reflexionar grupalmente acerca de los contenidos trabajados.
- Asignar tarea interencuentro "*Relacionándome con los demás*"

Consigna:

- Proponerle a cada adolescente que traiga por escrito la descripción y el análisis de dos experiencias interpersonales con el mayor detalle posible:
 - ✓ una en la que haya vivido una situación de tensión o problemática con otra persona (situación negativa), y
 - ✓ otra que ejemplifique una situación que le haya resultado satisfactoria (que valore positivamente con otra persona).
-

ENCUENTRO 7

Habilidades interpersonales necesarias para establecer y mantener relaciones satisfactorias con los demás:

¿CÓMO ME RELACIONO CON LOS DEMÁS?

OBJETIVOS:

- Conocer distintos tipos de habilidades sociales
- Caracterizar y diferenciar estilos comunicativos: agresivo, pasivo y asertivo
- Reconocer el propio estilo comunicacional y las habilidades sociales necesarias para una comunicación satisfactoria con los demás

MATERIALES:

- Dossier Módulo N°3
 - Descripciones tarea interencuentro
-

CONTENIDOS DEL ENCUENTRO:

A. REVISIÓN DE LA TAREA INTERENCUENTRO (50 MINUTOS)

- Cada adolescente leerá las experiencias personales descritas.
- Se propone a cada adolescente que identifique:
 - Razones que convirtieron a dichas situaciones en una fuente de tensión.
 - Grado de satisfacción con su manera de afrontarlo en cada caso.
- Se reflexionará con los adolescentes sobre:
 - Las relaciones entre las emociones, pensamientos y conductas en cada situación de afrontamiento.
 - El lugar de la comunicación interpersonal en la resolución de las situaciones de afrontamiento.

B. PSICOEDUCACIÓN (50 MINUTOS)

Entregar dossier (Módulo N°3 -Segunda Parte-)

- Definir y describir las habilidades sociales en la comunicación.
- Analizar su importancia para establecer y mantener relaciones constructivas.
- Presentar las características de tres estilos básicos de comunicación: el agresivo, el sumiso y el asertivo.

C. CIERRE (20 MINUTOS)

- Analizar y reflexionar grupalmente acerca de los contenidos trabajados.
- Asignar tarea interencuentro "*Explorando mi sello de identidad*"

Consigna:

- ✓ Se les propone que busquen, seleccionen y traigan algún elemento que consideren su *sello de identidad personal-marca registrada*, es decir, algo que los describa en sus características más esenciales como personas (puede ser una película, una imagen, una canción, algún texto escrito, un objeto, etc.), y que lo elijan pensando que sea lo más representativo que encuentren sobre ellos mismos.
- ✓ Durante el próximo encuentro se les pedirá que presenten su *sello de identidad* dando cuenta de por qué lo eligieron, que significa para ellos, y desde cuándo lo identifican como algo que los representa.

Obs. se les pide a los adolescentes que no comenten con sus compañeros sobre su elección.

ENCUENTRO 8

Desarrollo y afianzamiento de una autonomía responsable:

¿DE QUÉ SE TRATA SER ADOLESCENTE HOY?

OBJETIVOS:

- Reflexionar acerca de la experiencia de ser adolescente en la actualidad
- Identificar las principales características de la adolescencia como una etapa de intensos cambios y transformaciones físicas, psicológicas y sociales
- Establecer la estrecha relación entre las posibilidades de afianzamiento personal, el autoconcepto y la autoestima

MATERIALES:

- Sellos personales de identidad
 - Dossier Módulo N°4
-

CONTENIDOS DEL ENCUENTRO:

A. REVISIÓN DE LA TAREA INTERENCUENTRO (50 MINUTOS)

- Cada adolescente entrega a los coordinadores el material seleccionado.
- Los coordinadores organizan la exposición de los distintos materiales entregados en un espacio común, preservando la identidad de cada elemento.
- Luego, entre todos, se van mostrando cada uno de los materiales, intentando identificar grupalmente a quién corresponde cada *sello de identidad*.
- Se le solicita a cada adolescente que presente su *sello* compartiendo con el grupo:
 - Motivos de la elección
 - ¿Qué cree que representa de sí mismo?

- Se habilita un intercambio grupal con el fin de compartir las experiencias al respecto

B. PSICOEDUCACIÓN (50 MINUTOS)

Entregar *dossier* (Módulo N°4 -Primera Parte-)

- Adolescencia como etapa de intensos cambios y transformaciones físicas, psicológicas y sociales.
- ¿En qué consiste la construcción de un guión personal?
- Relaciones entre autonomía y heteronomía.
- Presentar y comprender las relaciones entre autoconcepto y autoestima.

C. CIERRE (20 MINUTOS)

- Analizar y reflexionar grupalmente acerca de los contenidos trabajados.
- Asignar tarea interencuentro "*Imaginando escenarios futuros*"

Consigna:

- ✓ Se les propone a los adolescentes que imaginen y describan cómo será su vida dentro de 3 años (ej. situaciones, actividades, proyectos, etc.).
-

ENCUENTRO 9

Desarrollo y afianzamiento de una autonomía responsable:

¿QUÉ SIGNIFICA SER PROTAGONISTA DE MI VIDA?

OBJETIVOS:

- Estimular una actitud de apertura, estrategias de regulación emocional y pensamiento alternativo como recursos que favorecen el afianzamiento de un desarrollo personal autónomo
- Introducir el concepto de autoeficacia como organizador del proceso de elaboración del guión personal
- Identificar de qué se trata ser protagonista y responsable de la propia vida

MATERIALES:

- Producción tarea interencuentro
 - Caja con materiales para producción grupal
 - Dossier N°4
-

CONTENIDOS DEL ENCUENTRO:

A. REVISIÓN DE LA TAREA INTERENCUENTRO (30 MINUTOS)

- Lectura de los relatos elaborados por los adolescentes.
 - Relacionar las propias motivaciones de los adolescentes con sus conductas y pensamientos.
 - Identificar los elementos que favorecen el desarrollo de un guión personal.
 - Destacar la importancia de la autoeficacia para el desarrollo del funcionamiento autónomo.

B. ACTIVIDAD DE INTEGRACIÓN (40 MINUTOS)

Producción gráfica

- Los coordinadores ponen a disposición de los adolescentes una caja de materiales con distintos elementos para su utilización (afiches, fibras, plasticola, tijeras, revistas).
- Se les propone realizar una producción colectiva en la que puedan plasmar *¿qué significó el taller para cada uno de ellos?*
- Se estimula que se sientan representados todos los adolescentes participantes en esta producción.
- Esta actividad se llevará a cabo sin la presencia de los coordinadores.

Obs. Los coordinadores se retiran del aula hasta que los adolescentes indican haber finalizado

Debate y reflexión grupal

- Los coordinadores regresan al aula y los adolescentes presentan la producción.
- Se busca que exploren e intercambien sus opiniones, que expongan sus acuerdos y desacuerdos durante su realización.
- Se analizan grupalmente los significados atribuidos a la producción.
- Se toman fotografías del grupo junto a la producción.

C. PSICOEDUCACIÓN (30 MINUTOS)

Entregar dossier (Módulo N°4 -Segunda Parte-)

- Promover el autoconocimiento como un componente esencial del desarrollo autónomo.
- Analizar en qué consiste elaborar un proyecto de vida significativo.
- Identificar las experiencias que favorecen una actitud de confianza en la propia capacidad para afrontar las vicisitudes de la vida (autoeficacia).

D. CIERRE (20 MINUTOS)

- Analizar y reflexionar grupalmente acerca de los contenidos trabajados.
- Asignar actividad de cierre "*Reflexionando sobre mi vida...*"

Consigna:

- ✓ A partir del relato final leído (Módulo 4) se les propone a los adolescentes como última actividad, completar de qué se trata ser los protagonistas en sus vidas.
-

ENCUENTRO 10

CIERRE DEL TALLER. INTEGRACIÓN DE CONTENIDOS

OBJETIVOS:

- Integrar los contenidos trabajados durante el PIPs-A
- Administrar el protocolo de evaluación final

MATERIALES:

- Producción actividad *Reflexionando sobre mi vida*
 - Protocolo de evaluación
-

A. REVISIÓN DE LA TAREA INTERENCUENTRO (40 MINUTOS)

- Revisión de la actividad de cierre.
- Se invita a los integrantes del grupo a compartir sus *reflexiones sobre sus propias vidas*.
- Se repasan los contenidos desarrollados durante el PIPs-A y se analizan los aspectos más significativos de cada encuentro, destacando la reflexión y la experiencia personal de cada uno de los integrantes.

B. ADMINISTRACIÓN DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN -POST INTERVENCIÓN- (45 MINUTOS)

- Los adolescentes completan de manera individual el *Protocolo de Evaluación*.

C. CIERRE (35 MINUTOS)

- Analizar y reflexionar grupalmente acerca del PIPs-A.
 - Se reciben opiniones, inquietudes, comentarios y sugerencias sobre la experiencia del taller y su funcionamiento.
 - Se recuerda la importancia de asistir a los próximos dos encuentros (evaluaciones de seguimiento) para completar el proceso.
 - Se realiza fotografía grupal a modo de cierre del taller.
-

ENCUENTRO 11 Y 12

EVALUACIONES DE SEGUIMIENTO (A 3 Y 6 MESES DE FINALIZADA LA INTERVENCIÓN)

OBJETIVOS:

- Completar las evaluaciones de seguimiento
- Realizar entrevistas grupales sobre la experiencia del PIPs-A

MATERIALES:

- Protocolo de evaluación
-

A. ADMINISTRACIÓN DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN -seguimiento- (45 MINUTOS)

- Los adolescentes completan de manera individual el *Protocolo de Evaluación*
- Se administran entrevistas con valor testimonial de los adolescentes sobre su experiencia con el taller, y la efectiva utilización de los recursos adquiridos.

Guión para la entrevista

- ¿Cómo valoran el PIPs-A?, ¿qué les ha parecido esta experiencia?
 - ¿Cuáles han resultado los aportes más significativos?
 - ¿Cuáles los aspectos negativos?
 - ¿Cómo les resultaron las actividades/tareas implementadas?
 - ¿Qué impacto ha tenido en cada uno de ellos esta propuesta (en relación a ellos mismos, sus compañeros, amigos, familia)?
-

ANEXO 2

DOSSIER

MATERIAL
DE USO
EXCLUSIVO



AUTORES:
JUAN M. CINGOLANI
Y CLAUDIA E.
CASTAÑEIRAS

¿CÓMO SER ADOLESCENTE HOY Y NO MORIR EN EL INTENTO?





ÍNDICE

PRIMERA EDICIÓN: Septiembre 2014

Título original: *¿Cómo ser adolescente hoy y no morir en el intento?*
Autores: Juan M. Cingolani y Claudia E. Castañeiras

Diseño de cubierta y diagramación de interiores: Fiorella Persico
Ilustraciones: Fiorella Persico

Impreso en la ciudad de Mar del Plata (Argentina), en el mes de septiembre de 2014.

PRINTED IN ARGENTINA
IMPRESO EN LA ARGENTINA

Queda rigurosamente prohibida la reproducción parcial o total de esta obra, incluida el diseño de cubierta sin la previa autorización escrita del editor, bajo las sanciones establecidas en las leyes, por cualquier procedimiento o medio, ya sea electrónico, químico, mecánico, óptico, de grabación, de fotocopia o de tratamiento informático.

- 01-08** ■ / MÓDULO 01
¿De qué se trata afrontar situaciones difíciles, nuevas, o que suponen cambios?
¿Cómo afronto mis experiencias?
- 09-18** ■ / MÓDULO 02
¿Por qué es importante ocuparnos de las emociones?
¿Cómo manejo mis emociones?
- 19-28** ■ / MÓDULO 03
¿En qué consiste la comunicación?
¿Cómo me relaciono con los demás?
- 29-37** ■ / MÓDULO 04
¿De qué se trata ser adolescente hoy?
¿Qué significa ser protagonista de mi vida?



**¿CÓMO SER
ADOLESCENTE HOY
Y NO MORIR
EN EL INTENTO?**

PÁGINAS
01-08

Módulo 01

¿De qué se trata afrontar situaciones difíciles, nuevas,
o que suponen cambios?

Juan M. Cingolani y Claudia E. Castañeiras. Material de uso exclusivo.

¿QUÉ ES EL AFRONTAMIENTO?

> Al hablar de afrontamiento nos referimos a lo que pensamos, sentimos y hacemos cuando nos encontramos ante situaciones que nos generan una tensión mayor a la que podemos manejar

> Esta tensión puede ser diferente para cada uno de nosotros y surge como resultado de la interacción entre las cosas que nos suceden y la manera que tenemos de vivirlas en nuestro funcionamiento cotidiano.

Ejemplo	
Situación	Tener que rendir un examen.
¿Qué cosas podría tener en cuenta ante esa situación?	Tipo de materia, profesor, cansancio, tiempo de estudio, interés, grado de dificultad, cómo me hace sentir la posibilidad de desaprobación, y las posibles consecuencias en casa, conmigo mismo, con mis amigos. Y también otros aspectos que pueden influir en que viva esta situación como una fuente de tensión.
¿Qué cosas de las que podría tener en cuenta tienen que ver conmigo y cuáles con la situación?	Tienen que ver conmigo: Tienen que ver con la situación:

Pero entonces, ¿cuándo una situación o una experiencia me produce tensión?



CUANDO:

- > *Implica un cambio...*
- > *Me resulta novedosa...*
- > *No la puedo anticipar...*
- > *Me resulta difícil resolverla...*

Es decir, generalmente se trata de la tensión que sentimos ante situaciones que nos generan un grado de incertidumbre mayor al que podemos tolerar.

Entonces es importante tener en cuenta que el afrontamiento se refiere a cómo manejamos esas tensiones, aunque no siempre conseguimos que las cosas salgan como nosotros esperamos.

Tengamos en cuenta que nuestra expectativa siempre dependerá de la evaluación que realicemos acerca de las situaciones que vivimos.

ANTE TODA SITUACIÓN O EXPERIENCIA REALIZAMOS DOS TIPOS DE EVALUACIONES:

ENTONCES TODO INTENTO DE AFRONTAMIENTO INCLUYE ESTAS DOS EVALUACIONES (PRIMARIA Y SECUNDARIA), Y TAMBIÉN ES IMPORTANTE QUE TENGAMOS EN CUENTA LA RELACIÓN ENTRE LAS:

Evaluación Primaria	Evaluación Secundaria
<p>¿QUÉ SIGNIFICA ESTA SITUACIÓN PARA MÍ?</p> <ul style="list-style-type: none"> > ¿la vivo como una amenaza o peligro? > ¿la vivo como una oportunidad? > ¿la vivo como un desafío? > ¿la vivo como algo deseado? 	<p>¿QUÉ PUEDO HACER ANTE ESTA SITUACIÓN?</p> <ul style="list-style-type: none"> > ¿creo que tengo los recursos necesarios para afrontarla?
Características de la situación	Características personales
<ul style="list-style-type: none"> > ¿Qué es lo que pasa? > ¿Es nueva esta situación? > Lo que pasa, ¿depende de mí, de las circunstancias, hay otras personas involucradas? > ¿Qué puedo hacer en esta situación? 	<ul style="list-style-type: none"> > ¿Qué significa esta situación para mí? > ¿Me produce tensión o malestar? > ¿He vivido alguna situación similar antes? > ¿Creo o siento que puedo afrontarla con los recursos que cuento?

Material utilizado en este encuentro:

Juan M. Cingolani y Claudia E. Castañeiras. Material de uso exclusivo.



1) ¿Qué está pasando en cada viñeta?

2) ¿Por qué se llegó a esa situación?

3) ¿Qué representa esa situación para cada personaje?

4) ¿Cómo afronta cada uno la situación?

(*) Ilustraciones: ANDRÉS GONDA, (2014).

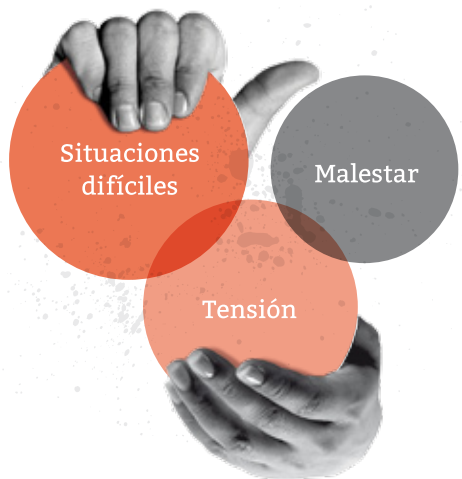
¿Cómo afronto mis experiencias?

> En nuestra experiencia diaria hay veces que nos encontramos con situaciones que nos generan distintos grados de tensión, y cuando esto nos pasa puede causarnos malestar o incomodidad.

> En estos casos sentimos la necesidad de hacer algo para reducir el

nivel de tensión que nos genera la situación.

> Pero lo que hagamos siempre dependerá del significado que tenga para cada uno de nosotros esa situación, y de lo que podamos hacer para afrontarla.



→ Afrontamos

Nuestra manera de afrontar puede resultarnos más o menos satisfactoria, es decir, nos puede generar distinto grado de bienestar.

Pero será efectiva en la medida que logremos dar nuestra mejor respuesta posible en cada situación que necesitemos afrontar.

Es probable que generemos alternativas de solución más adecuadas para cada situación si logramos ser más flexibles en nuestro afrontamiento.

A TENER EN CUENTA:



· Características de la situación

· Afrontamiento efectivo

· Características personales

PODEMOS IDENTIFICAR DIFERENTES MODOS DE AFRONTAR:



Ante una situación que me genera tensión:		
	SI AFRONTO POR APROXIMACIÓN:	SI AFRONTO POR EVITACIÓN:
¿Qué pienso?	Considero cuál puede ser la mejor alternativa de solución.	Intento distraerme y no pensar en la situación.
¿Qué siento?	Intento conectarme con las emociones que me genera la situación.	Evito conectarme con las emociones que me genera la situación.
¿Qué hago?	Intento hacer algo para resolver la situación, por ejemplo buscar información, pedir ayuda, etc.	No hago nada, o busco hacer algo que me aleje de la situación.

A partir de lo que vimos: ¿puedo identificar mi modo de afrontamiento?

EN DEFINITIVA

El afrontamiento no es ni bueno ni malo.

Todos nosotros tenemos un estilo personal de afrontamiento, un modo de ser que nos caracteriza en nuestra forma de pensar, sentir y relacionarnos. Este estilo se expresará en el modo de afrontar lo que nos sucede.

Por ejemplo:

> Si tengo un examen, lo más efectivo puede ser estudiar (hacer aquello que aumente la probabilidad de aprobarlo), independientemente de la calificación que obtenga.

> Si un amigo decide cambiarse de colegio, el mejor modo de afrontar esta situación puede ser comprender y aceptar su decisión más allá de mi deseo de no separarnos.



> TAREA INTERENCUENTRO / PONIÉNDOLE EL CUERPO A LOS PROBLEMAS

LES PEDIMOS QUE CONFORMEN DOS GRUPOS.
CONSIGNA:

1) Les pedimos para esta actividad que elaboren un gui3n a partir del cual realizar3n una representaci3n.

2) El n3cleo argumental ser3 una situaci3n y/o experiencia problem3tica.

3) Deber3 incluir presentaci3n, desarrollo y desenlace e incorporar en la escena a 4 personajes diferentes.

4) Cada gui3n ser3 representado en el pr3ximo encuentro y tendr3 una duraci3n aproximada de 10 minutos.

GUI3N.



> TAREA INTERENCUENTRO / PONIÉNDOLE EL CUERPO A LOS PROBLEMAS

A series of horizontal dashed lines for writing, spanning the width of the page.

Juan M. Cingolani y Claudia E. Castañeiras. Material de uso exclusivo.



PÁGINAS
09-18

Módulo 02

¿Por qué es importante ocuparnos de las emociones?

Las emociones

> Son un canal de comunicación y actúan como un termómetro que nos da pistas sobre cómo nos sentimos en cada momento.

> No son ni buenas ni malas en sí mismas.

> La intensidad y el contenido de las emociones varían entre las personas.

> Cuando nos emocionamos siempre tenemos pensamientos y sensaciones físicas que acompañan esa emoción, y pueden dar lugar a alguna acción.



Emociones positivas y negativas.

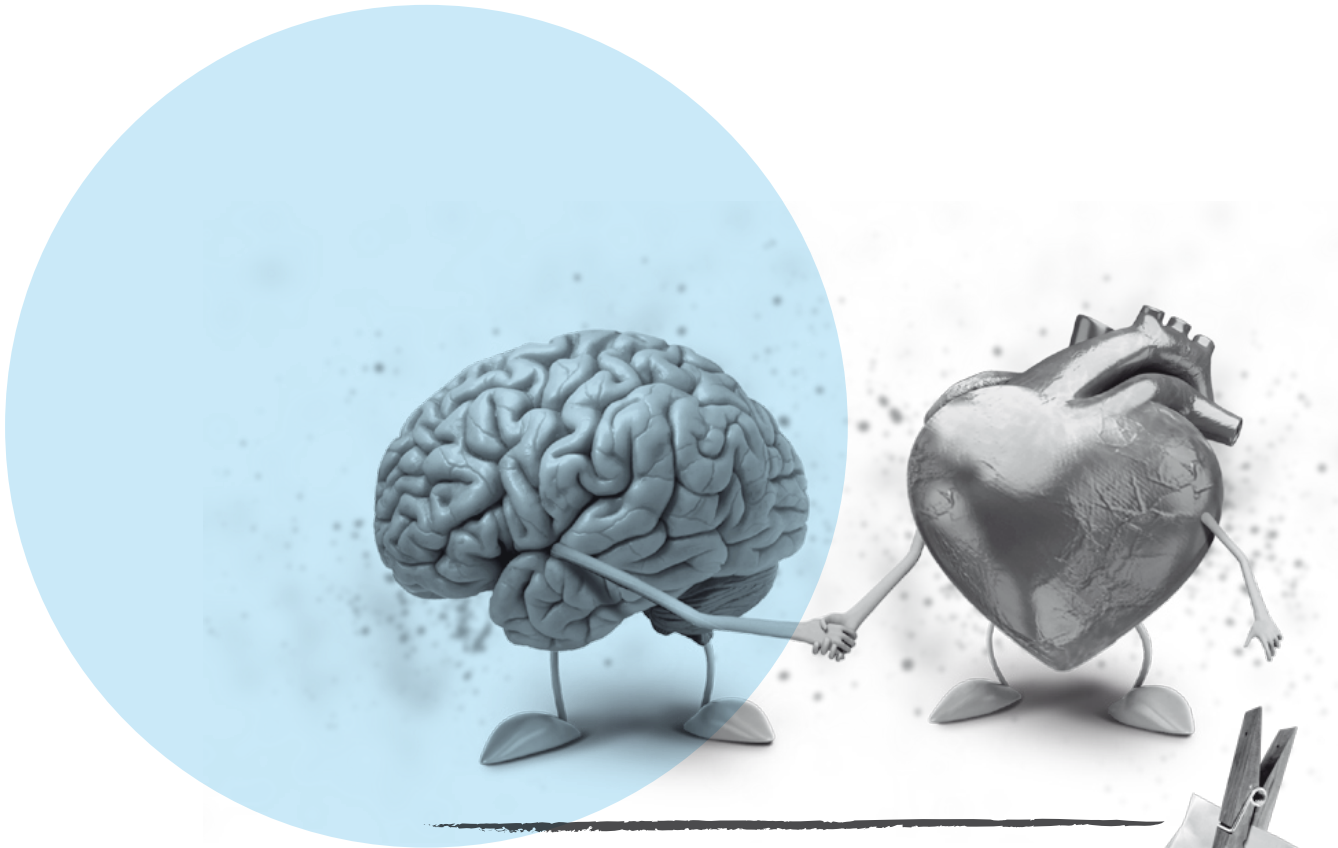
EN FUNCIÓN DEL CONTENIDO Y DE LA INTENSIDAD
NUESTRAS EMOCIONES PUEDEN SER:



Podemos distinguir seis emociones básicas:



¿Qué emoción?	¿En qué consiste?	¿Qué función cumple?	
		ADAPTATIVA	NO ADAPTATIVA
MIEDO	Es una experiencia que nos produce amenaza o peligro.	Nos protege de posibles peligros para nuestra supervivencia.	Nos puede limitar ante situaciones que no sean necesariamente peligrosas.
SORPRESA	Se refiere al hecho de asombrarnos ante algo inesperado.	Nos permite conectarnos con situaciones novedosas	Puede resultar un obstáculo para familiarizarnos con las situaciones cotidianas.
AVERSIÓN	Es la sensación de rechazo frente a algo.	Nos ayuda a darnos cuenta de lo que no nos gusta, no queremos o nos hace mal.	Puede convertirse en una dificultad para afrontar cuando es necesario, aquello que nos produce rechazo.
IRA	Se trata de una sensación intensa de enojo frente a algo que nos sucede.	Nos permite identificar lo que nos enoja.	Puede poner en riesgo nuestra estabilidad emocional.
ALEGRÍA	Es la sensación de bienestar que sentimos cuando estamos contentos.	Nos conecta con nuestras experiencias emocionales positivas.	Puede impedir que nos conectemos con nuestras emociones negativas.
TRISTEZA	Nos conecta con sentimientos de pérdida o vacío.	Nos conecta con nuestras experiencias emocionales negativas.	Puede generar en nosotros una visión negativa de las cosas.



Las emociones comparten algunas características:

> Surgen de la interpretación que hacemos de las situaciones que vivimos, por eso ¡existe una estrecha relación entre lo que sentimos, cómo lo pensamos y lo que hacemos!

Las emociones se pueden expresar de distintas maneras.

EN LA MEDIDA QUE PODAMOS IDENTIFICAR:

· Qué sentimos y cómo nos sentimos.	· Qué pensamientos nos generan esas emociones.
· Cuáles son nuestras necesidades y deseos.	· Cómo nos afectan las emociones.
· Qué cosas, personas o situaciones nos activan distintos estados emocionales.	· Qué consecuencias y reacciones nos provocan...

Probablemente logremos modos más satisfactorios y efectivos de afrontar las tensiones, y nos sentiremos más a gusto con nosotros mismos y en nuestras relaciones con los demás



> TAREA INTERENCUENTRO / CONVIVIENDO CON MIS EMOCIONES

Te pedimos que durante esta semana prestes especial atención a tus emociones y completes el siguiente registro:

Registro semanal de mis emociones

	<i>¿Qué pasó? Describe la situación</i>	<i>¿En qué medida me afectó? Puntuar de 0 a 10</i>	<i>¿Cómo me sentí con lo que pasó?</i>	<i>¿Cómo reaccioné?</i>	<i>¿Y cómo me sentí después?</i>
LUNES					
MARTES					
MIÉRCOLES					



> TAREA INTERENCUENTRO / CONVIVIENDO CON MIS EMOCIONES

Registro semanal de mis emociones

	<i>¿Qué pasó? Describe la situación</i>	<i>¿En qué medida me afectó? Puntuar de 0 a 10</i>	<i>¿Cómo me sentí con lo que pasó?</i>	<i>¿Cómo reaccioné?</i>	<i>¿Y cómo me sentí después?</i>
JUEVES					
VIERNES					
SÁBADO					
DOMINGO					



¿Cómo manejo mis emociones?



Hasta ahora nos estuvimos ocupando de conocer nuestras emociones y de entender su importancia y la función que cumplen al informarnos cómo nos sentimos.

Pero también es importante aprender a manejar nuestras emociones para poder expresar lo que sentimos en cada situación de la manera más adecuada posible.

Toda emoción intenta comunicarnos algo a nosotros mismos y a los demás.

ES IMPORTANTE QUE TENGAMOS EN CUENTA:

¿Qué siento?	Intentar identificar lo más claramente posible mis emociones y sentimientos.
¿Cómo me siento?	Prestar atención a mis estados emocionales.
¿Qué hago con lo que siento?	Evaluar qué me producen esas emociones y qué puedo hacer con ellas en función de las alternativas más adecuadas para afrontar la situación.



Entonces, en la medida que identifiquemos qué sentimos, cómo nos sentimos y qué hacemos con nuestras emociones podremos manejar mejor nuestros impulsos.

Esto nos permitirá alcanzar más estabilidad y equilibrio emocional con nosotros mismos y en nuestras relaciones con los demás.

Material utilizado en este encuentro:

**FÁBULA DEL LIBRO
«CUENTOS PARA
PENSAR»
DE JORGE BUCAY.**

... Hace mucho, mucho tiempo, vinieron a este lago a bañarse la tristeza y la furia. Las dos se quitaron sus vestimentas y se metieron en el agua. La furia, apurada (como siempre está la furia) y frenética, se bañó rápidamente, y salió del agua. Pero, como sabes, la furia es ciega, o por lo menos no distingue bien la realidad, así que al salir se puso la primera ropa que encontró. Y resulta que el vestido era el de la tristeza. El juglar paró un momento para ver el rostro del oyente. Sin duda, era la misma tez de asombro que la que tenía cualquier niño de la ciudad cuando escuchaba sus fábulas.

Mientras, la tristeza, calmada y serena, y dispuesta siempre a quedarse en el lugar donde está, terminó su baño. Y, de manera sosegada salió del agua. Observó que su ropa ya no estaba y, como bien sabes, lo que menos le gusta a la tristeza es quedarse desnuda. Así que se puso la única ropa que había, la de la furia. Cuentan que desde entonces, muchas veces nos encontramos con la furia, ciega, cruel, terrible y enfadada, pero si miras bien, te darás cuenta que debajo del disfraz de la furia, en realidad... está escondida la tristeza.

1. Analicen el contenido de la fábula.
2. ¿Cuáles son los elementos que pueden distinguir en cada una de las experiencias a las que se refiere el autor?
3. ¿Qué intenta transmitir el texto?
4. ¿Encuentran alguna relación con sus experiencias personales?



> TAREA INTERENCUENTRO / CONOCIÉNDONOS EN ESPEJO

1) Pensando en tu «amigo/a invisible», te pedimos que valores en la siguiente escala las características que forman parte de su modo de ser, marcando con una cruz la intensidad con la que crees que posee esas características:

← Intensidad →					
CARACTERÍSTICAS	MUY POCO	POCO	MODERADO	BASTANTE	MUCHO
Emocional					
Racional					
Evitativo/a					
Lanzado/a					
Resolutivo/a					
Dubitativo/a					
Distante					
Expresivo/a					
Pasivo/a					
Activo/a					
Introvertido/a					
Extrovertido/a					
Impulsivo/a					
Reflexivo/a					
Intuitivo/a					
Organizado/a					
Creativo/a					
Sociable					
Afectivo/a					
Tranquilo/a					
Inquieto/a					
Individualista					

2) Ahora te pedimos que elijas las tres características que te parezcan más representativas de tu «amigo/a invisible». Busca y escribí un ejemplo en el cual hayas observado esas tres características en él/ella.



> TAREA INTERENCUENTRO / CONOCIÉNDONOS EN ESPEJO

3) Como última parte de esta tarea te pedimos que completes la misma escala pero ahora describiéndote a vos mismo/a.

	← Intensidad →				
CARACTERÍSTICAS	MUY POCO	POCO	MODERADO	BASTANTE	MUCHO
Emocional					
Racional					
Evitativo/a					
Lanzado/a					
Resolutivo/a					
Dubitativo/a					
Distante					
Expresivo/a					
Pasivo/a					
Activo/a					
Introvertido/a					
Extrovertido/a					
Impulsivo/a					
Reflexivo/a					
Intuitivo/a					
Organizado/a					
Creativo/a					
Sociable					
Afectivo/a					
Tranquilo/a					
Inquieto/a					
Individualista					



PÁGINAS
19-28

Módulo 03

¿En qué consiste la comunicación?

¿QUÉ ES LA COMUNICACIÓN?

> Permanentemente nos comunicamos con los demás e interpretamos lo que los otros nos comunican. ¡Es imposible no comunicarnos!

> A veces estos intercambios nos resultan claros y sentimos que es fácil y fluida la comunicación, pero también puede ocurrir que nos resulte difícil entendernos con los demás.

> Nos comunicamos a través de palabras, gestos, colores, señales, sonidos, imágenes, emociones, acciones, silencios...

> Generalmente no nos detenemos a analizar cómo nos comunicamos ni por qué o para qué lo hacemos.

EN TODA COMUNICACIÓN ESTÁN PRESENTES TRES ASPECTOS BÁSICOS:

01. ¿Qué quiero comunicar?

02. ¿Cómo lo comunico?

03. ¿Para qué lo hago?

La comunicación es un proceso complejo en el que intervienen varios componentes:

EMISOR. La persona que emite el mensaje.

RECEPTOR. La persona que recibe e interpreta el mensaje del emisor.

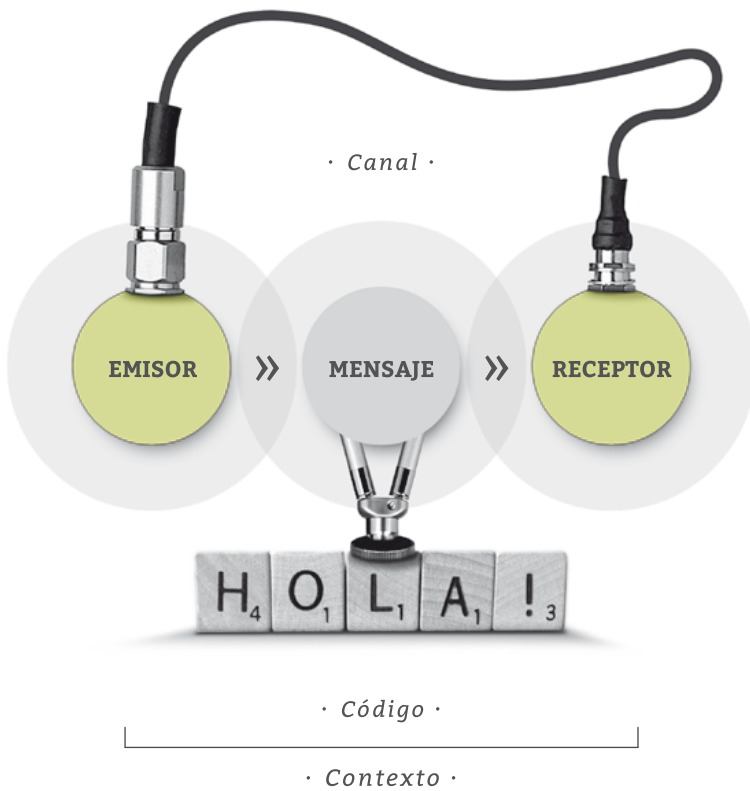
MENSAJE. La información que el emisor transmite.

CANAL. El medio por el cual se transmite el mensaje.

CÓDIGO. El conjunto de signos con el que se comunican el emisor y el receptor. Puede ser verbal (lo que decimos) o no verbal (los gestos, la música...).

CONTEXTO. La situación en la que se encuentran el emisor y el receptor.





PENSEMOS UN EJEMPLO:



María recibe una llamada mientras va camino a su casa. Es tarde y acaba de salir del gimnasio (*contexto*). La llamada es del chico que le gusta (*emisor*) que le cuenta que ha comprado entradas para ir juntos a un recital (*mensaje*). María (*receptor*) escucha atentamente las palabras del chico (*código verbal*) a través del celular (*canal*), y sonríe, está muy contenta (*código no verbal/gestual*).

¿CÓMO NOS COMUNICAMOS?



Cuando nos comunicamos además de utilizar nuestras palabras usamos otras formas de expresión como la mirada, los gestos o las posturas.

De esta manera le manifestamos a nuestro interlocutor actitudes de aceptación, rechazo, duda, etc.

Podemos destacar los siguientes componentes del lenguaje no verbal:

LA MIRADA

Desempeña un papel muy importante en la comunicación. El contacto visual nos permite dirigir nuestra atención y expresar nuestras intenciones y emociones.

LA EXPRESIÓN FACIAL

Es otro canal de comunicación a través del cual informamos sobre nuestro estado de ánimo, grado de interés, de comprensión, etc.

Más elementos del lenguaje no verbal:

LOS GESTOS

Son todos aquellos movimientos que realizamos con alguna parte de nuestro cuerpo para comunicarnos. Por ejemplo, el movimiento de nuestras manos mientras hablamos puede ser útil para destacar las palabras o frases que nos parecen más importantes.

LA POSTURA

El modo de sentarnos, la forma de andar o de disponernos físicamente en una situación también expresan nuestras intenciones y actitudes.

LA PROXIMIDAD Y EL CONTACTO FÍSICO

Estrechar la mano, dar un abrazo o un beso, puede ser una forma de mostrar simpatía, sociabilidad, etc. También el grado de distancia entre las personas aporta información sobre las características de la relación.

LA APARIENCIA PERSONAL

Nuestro aspecto general (por ejemplo el modo de vestirnos o de peinarnos) es parte de nuestra imagen y a través de ella damos información sobre nosotros mismos cuando nos relacionamos con los demás.

¿Cómo es la dinámica de la comunicación?



SI SOY EMISOR

- ¿Qué quiero decir?
- ¿Cómo lo digo?
- ¿Qué me parece que el otro entendió de lo que dije?



SI SOY RECEPTOR

- ¿Qué escucho?
- ¿Cómo respondo?
- ¿Qué pienso que me quiso decir?



- > Toda comunicación tiene un contenido y establece una relación entre dos o más personas.
- > El modo en el que se relacionan emisor y receptor define los roles y las características de la comunicación. Por ejemplo, será distinto el modo de

- interacción cuando nos comunicamos con nuestros padres o con nuestros amigos.
- > Para comprender el significado de lo que se comunica es muy importante tener en cuenta el tipo de relación.

EN SÍNTESIS

- > Es imposible no comunicarnos.
- > La comunicación es un fenómeno básicamente interactivo y relacional.
- > Nos comunicamos a través de formas diferentes y muchas veces simultáneas.
- > La comunicación implica una doble dinámica: interna (con nosotros mismos) y externa (con los demás).

- > En esta dinámica, los significados que organizan la comunicación se van modificando durante la interacción.
- > Una forma de darnos cuenta si nos estamos comunicando adecuadamente es prestar atención al grado de correspondencia entre lo que intentamos transmitir y lo que efectivamente transmitimos.

*¿Cómo
me relaciono con
los demás?*

> Sabemos que hay «buenas» y «malas» maneras de interactuar con las personas, pero esto dependerá de lo que en cada sociedad y cultura se considere un comportamiento aceptable.

> Las habilidades sociales son un conjunto de conductas interpersonales necesarias para relacionarnos con los demás de manera adecuada y efectiva.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE DESARROLLAR HABILIDADES SOCIALES?



1)	Porque la relación con otras personas puede ser una fuente importante de bienestar, pero también puede generar estrés o malestar.
2)	Porque en la medida en que no logremos relacionarnos adecuadamente, es probable que nos sintamos rechazados, descalificados, no generemos interés en los demás y se nos activen emociones negativas.
3)	Porque mantener relaciones interpersonales satisfactorias favorece nuestra autoestima.
4)	Porque ser socialmente asertivos nos ayudará a mejorar nuestra calidad de vida.

**PODEMOS
DISTINGUIR
TRES ESTILOS
BÁSICOS DE
COMUNICACIÓN**

1

ESTILO AGRESIVO

- > Tienden a provocar tensión y a imponer las propias necesidades en su trato con los demás, lo que generalmente ocasiona conflictos y peleas.
- > Suelen provocar temor o rechazo en las otras personas.
- > En general, los demás desaprueban este estilo y reaccionan con conductas de alejamiento o sometimiento.

2

ESTILO PASIVO

- > Suelen tener dificultades para defender sus derechos e intereses, y tienden a responder de forma sumisa en las relaciones.
- > Suelen generar lástima y conductas de dependencia hacia los otros.
- > Los demás pueden adoptar una posición sobreprotectora ante estas personas, pero también pueden reaccionar con indiferencia o rechazo.

3

ESTILO ASERTIVO

> UNA PERSONA ASERTIVA ES AQUELLA QUE:

- defiende sus intereses,
- expresa sus emociones libremente,
- es efectiva en sus modos de afrontar las situaciones de tensión, y
- tiene flexibilidad y capacidad para negociar la mejor solución posible en cada caso.

> Entonces, ser asertivos nos permitirá expresar y defender lo que pensamos y sentimos sin ofender a los demás, y sin sentirnos culpables.

> Si logramos expresar lo que queremos con claridad, pero sin agredir a las otras personas, es más probable que nos sintamos bien con nosotros mismos, y que los demás nos comprendan y nos respeten.

Recordemos que

ningún estilo de comunicación es bueno o malo en sí mismo. Estos estilos serán adecuados o inadecuados en función de cada situación específica.

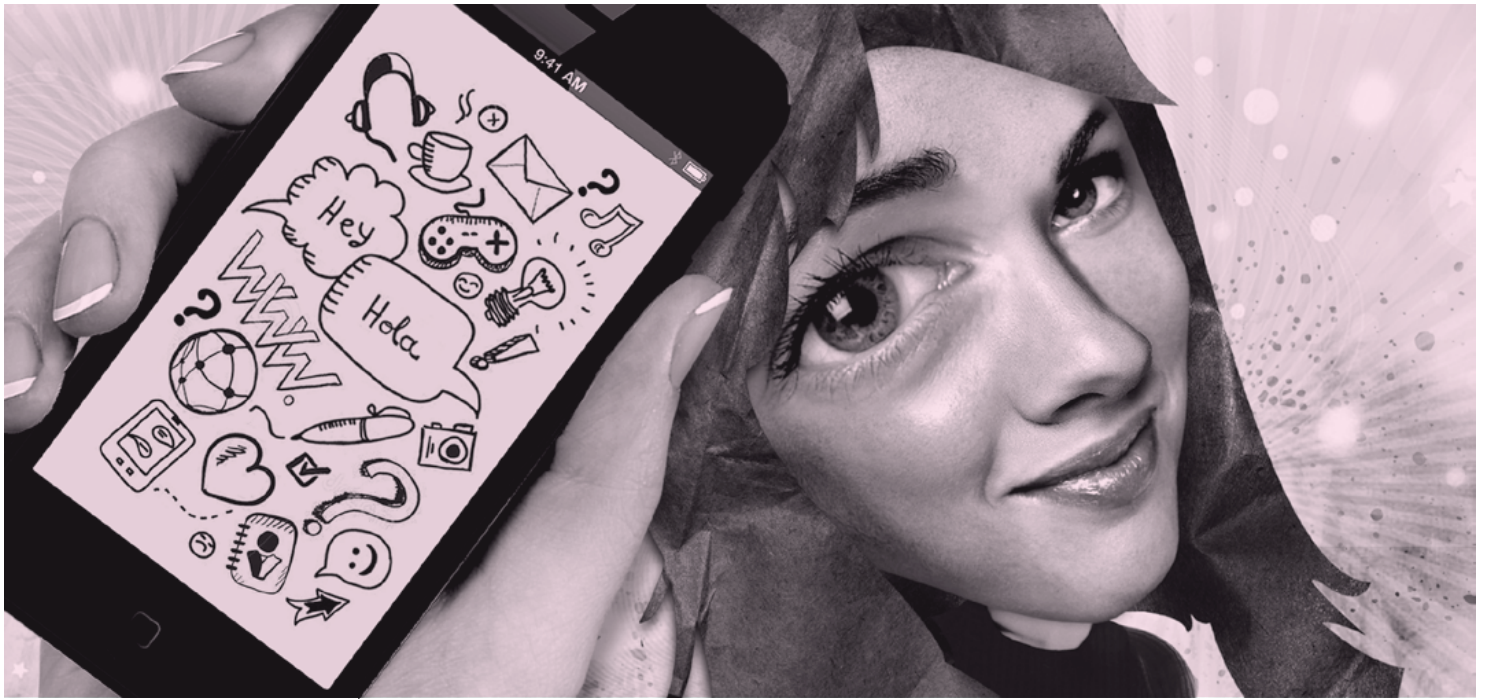




> TAREA INTERENCUENTRO / EXPLORANDO MI SELLO DE IDENTIDAD

A series of horizontal dashed lines for writing, spanning the width of the page.

Juan M. Cingolani y Claudia E. Castañeiras. Material de uso exclusivo.



PÁGINAS
29-37

Módulo 04

¿De qué se trata ser adolescente hoy?

Juan M. Cingolani y Claudia E. Castañeiras. Material de uso exclusivo.



> La adolescencia es la etapa de la vida en la que se afianza nuestra IDENTIDAD, es decir, en este período surgen nuevas necesidades y expectativas diferentes a las de nuestra niñez.

> Se van despejando nuestras posibilidades y talentos, y tomamos conciencia de nuestras limitaciones (pueden ser internas y/o externas).

> **Durante esta etapa vamos a ir construyendo nuestro guión personal.**

PERO TAMBIÉN ES UNA ETAPA DE TRANSICIÓN EN LA QUE PUEDE OCURRIR QUE:

- > Nos rebelamos y nos resulta más difícil aceptar las opiniones de los demás.
- > Nos sentimos confundidos e inseguros.
- > Necesitemos una mayor aprobación de los otros.

> En la adolescencia se producen cambios importantes:

- de la dependencia transitamos hacia la autonomía,
- es esperable que avancemos hacia una actitud más responsable y un mayor protagonismo sobre nuestra vida.

CRECER SUPONE CAMBIOS

**ENTONCES,
¿DE QUÉ SE TRATA
CAMBIAR
SIN DEJAR DE
SER NOSOTROS
MISMOS?**

> Lograr ser más autónomos e independientes implica actuar por propia determinación y para esto es necesario un ejercicio responsable de la libertad.

> En este proceso constructivo pasaremos inevitablemente por cambios intensos que darán lugar a una reorganización importante de nuestra manera de pensar, de sentir y de actuar.

> Esta evolución tendrá un impacto significativo en nuestra identidad y autoestima.

**¿PERO QUÉ ES LA
AUTOESTIMA?**

> Representa el conjunto de valoraciones que vamos construyendo sobre nosotros mismos y dependerá de:

- en qué medida sentimos que los demás nos aceptan y nos valoran,
- en qué medida nos aceptamos y valoramos a nosotros mismos.

**PERO SIN PERDER NUESTRA
CAPACIDAD DE AUTOOBSER-
VACIÓN Y AUTOCRÍTICA.**

**A TENER
EN CUENTA:**

Nuestra autoestima tiende a mantenerse estable en el tiempo, sin embargo puede presentar cambios en función de las experiencias que vivamos. Esto hará que nos sintamos más fortalecidos o más vulnerables en nuestra valoración personal.



Juan M. Cingolani y Claudia E. Castañeiras. Material de uso exclusivo.





¿Por qué es importante la autoestima en nuestra vida cotidiana?

LA AUTOESTIMA INFLUYE EN:

Cómo pensamos, cómo sentimos y cómo nos comportamos. Por lo tanto puede afectar nuestro afrontamiento, nuestra vida emocional, nuestra capacidad de aprendizaje y el modo de relacionarnos con los demás.

UN ADOLESCENTE CON AUTOESTIMA POSITIVA:

<i>Afronta nuevos desafíos y se siente bien con sus logros</i>	Vive los cambios como una oportunidad más que como una amenaza.
<i>Tiene amplitud de emociones y sentimientos</i>	Puede identificar sus emociones y expresarlas sin dificultad, de una manera adecuada sin reprimirse y sin agredir a los demás.
<i>Se siente seguro de sí mismo</i>	Confía en sus impresiones y en la imagen que genera en los demás (familia, amigos, compañeros, etc.).
<i>Asume sus responsabilidades</i>	Se compromete con las tareas o situaciones en las que participa (acompañar a un amigo, cumplir con sus obligaciones, etc.).
<i>Logra tolerar la frustración</i>	Si algo le sale mal o no se define como quisiera, puede aceptarlo y expresar su malestar, sin por eso dejar de intentar caminos alternativos.
<i>Actúa con autonomía</i>	Cuenta con mayor iniciativa para elegir y decidir cómo emplear su tiempo, qué hacer con el dinero que dispone, cómo organizar sus ocupaciones y actividades, etc.

¡TODAS ESTAS CARACTERÍSTICAS IRÁN AFIANZANDO PROGRESIVAMENTE LA AUTONOMÍA PERSONAL!

LA AUTOESTIMA POSITIVA

Cuando atravesemos momentos difíciles, contar con una autoestima positiva nos ayudará a:

> Sentirnos más afianzados en la vida (es decir, más seguros y con más confianza).

> Relacionarnos de un modo más satisfactorio y constructivo con los demás.

> Mejorar la autoaceptación.

> Sentirnos mejor.





> TAREA INTERENCUENTRO / IMAGINANDO ESCENARIOS FUTUROS

A series of horizontal dashed lines for writing, spanning the width of the page.

Juan M. Cingolani y Claudia E. Castañeiras. Material de uso exclusivo.

¿Qué significa ser protagonista de mi vida?

Significa poder expresarme a través de una actitud de confianza, y de una adecuada valoración de mis propias capacidades para la vida.

En este sentido, la autoeficacia se refiere a nuestras creencias sobre las capacidades necesarias para alcanzar los resultados que deseamos.

Ocuparnos de la autoeficacia es importante porque dependerá de la manera en la que vayamos construyendo nuestras experiencias y relaciones con los demás.



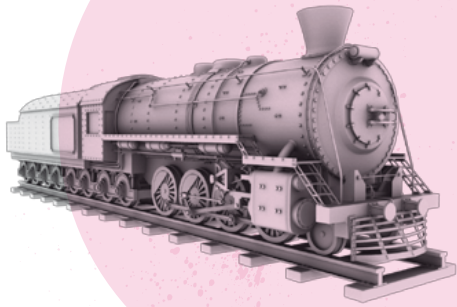
NUESTRA AUTOEFICACIA PUEDE DEBILITARSE SI LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO:

- > Percibimos como incontrolables las situaciones que vivimos.
- > Creemos que siempre somos responsables de lo malo y no de lo bueno.
- > Pensamos que nuestra conducta está solo determinada por factores externos.
- > Vivimos experiencias que no nos hacen sentir bien.

PORQUE TODO ESTO NOS GENERA INSEGURIDAD Y AFECTA NUESTRA CALIDAD DE VIDA.

PARA SER PROTAGONISTA DE MI VIDA ES IMPORTANTE:

- > Que pueda elaborar un guión personal, es decir, un proyecto de vida que represente mis necesidades y expectativas.
- > Que tenga en cuenta que mis pensamientos y mis emociones tienen mucho que ver con lo que hago y cómo me relaciono con los demás.
- > Que me valore positivamente sin perder la capacidad de autocrítica.
- > Que confíe en mis capacidades y recursos para afrontar las situaciones que vivo.



Algunas reflexiones para la vida...

La vida se asemeja a un viaje en tren, con sus estaciones y destinos, diferentes recorridos y trayectos, algunos accidentes, también sorpresas agradables y tristezas intensas.

Se puede realizar el viaje de diferentes maneras. Por ejemplo, algunos tomarán el tren para disfrutar de un paseo, otros sentirán tristeza en el viaje, y habrá quienes encontrarán una oportunidad para ayudar a los demás...

Al nacer, nos subimos al tren de la vida y nos encontramos con algunas personas que creemos que siempre viajarán a nuestro lado. Pero en alguna estación diferente de la nuestra ellos se bajarán. Entonces, de pronto nos encontraremos sin su compañía y su amor...

Muchos al bajar nos dejarán una gran nostalgia, otros pasarán tan desapercibidos que ni siquiera nos daremos cuenta que desocuparon sus asientos...

Sin embargo se irán subiendo al tren de nuestra vida otras personas que serán muy especiales y significativas para nosotros, como nuestros hermanos, amigos y amores...

Es curioso comprobar que algunos pasajeros, incluso muy queridos, se acomodarán en otros vagones. Por lo tanto seguiremos el viaje separados...

De todas maneras, podremos acercarnos a ellos, a veces superando algunas dificultades, aunque ya no podremos sentarnos a su lado de

manera permanente, pues habrá otra persona ocupando ese asiento...

Pero el viaje continúa: lleno de desafíos, sueños, fantasías, alegrías, tristezas, esperas y despedidas...

Entonces hagamos nuestro viaje de la mejor manera posible y tratemos de tener una buena relación con el resto de los pasajeros...

Recordemos siempre que en algún momento del trayecto ellos podrán sentirse mal y necesitar nuestra comprensión. Nosotros también pasaremos por momentos difíciles y necesitaremos que nos comprendan...

Finalmente, el gran desafío es que no sabemos en qué estación bajaremos, y tampoco dónde bajarán nuestros compañeros de viaje...

¿Cómo nos sentiremos al bajar del tren? ¿Alegres, tristes, temerosos, nostálgicos...?

Separarme de algunos compañeros de viaje será doloroso. Pero mantengo la esperanza de que en algún momento llegaré a la estación principal con la emoción de contar con un equipaje que no tenía cuando inicié el viaje...

Seguramente me hará feliz sentirme protagonista de este viaje y llegar a destino...

AUTORES:
JUAN M. CINGOLANI
Y CLAUDIA E.
CASTAÑEIRAS

**¿CÓMO SER
ADOLESCENTE HOY
Y NO MORIR
EN EL INTENTO?**

MATERIAL
DE USO
EXCLUSIVO



ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PADRES O TUTORES



CONSENTIMIENTO INFORMADO -padres o tutores-

Desde el año 2006 en el Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica -GIEPSI- de la Facultad de Psicología de la UNMDP, venimos trabajando en temas relacionados con la adolescencia actual. Luego de haber relevado en estudios previos datos de adolescentes en diferentes instituciones de educación pública de nuestra ciudad, iniciamos una segunda fase en la cual nos abocamos al diseño y evaluación del Taller *¿Cómo ser adolescente hoy y no morir en el intento?*, específicamente dirigido a promover recursos personales que favorecen un desarrollo saludable de los mismos.

Este Taller está organizado en dispositivo grupal, con una duración de 10 encuentros, los cuales serán coordinados por profesionales idóneos en el tema. A los fines de evaluar el Taller se realizarán evaluaciones en distintos momentos, incluyendo dos encuentros posteriores a los 3 y 6 meses de haber concluido el mismo. Además se prevé contar un registro audiovisual de los encuentros.

En este momento está prevista la aplicación del Taller en la escuela....., abierta la inscripción a aquellos adolescentes que voluntariamente deseen participar.

Atendiendo a las pautas establecidas en la Ley Nacional de Protección de los Datos Personales N°25.326 que garantizan que la identidad de su hija/o no será relevada y la confidencialidad de los contenidos trabajados, les solicitamos la autorización para que su hija/o participe en este Taller, y utilizar la información a los fines de la investigación que estamos realizando.

Quedamos a su disposición ante las inquietudes que pudieran surgir.

¡Gracias!

Lic. Juan Cingolani

Dra. Claudia Castañeras

A los días del mes de de, damos nuestro consentimiento informado para que participe en el Taller *¿Cómo ser adolescente hoy y no morir en el intento?*.

Vínculo con el adolescente:

Nombre y apellido:

Documento:

Firma:

ANEXO 4

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN



CONSENTIMIENTO INFORMADO -adolescentes-

Desde el año 2006 en el Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica -GIEPSI- de la Facultad de Psicología de la UNMDP, venimos trabajando en temas relacionados con la adolescencia actual. Luego de haber relevado en estudios previos datos de adolescentes en diferentes instituciones de educación pública de nuestra ciudad, iniciamos una segunda fase en la cual nos abocamos al diseño y evaluación del Taller *¿Cómo ser adolescente hoy y no morir en el intento?*, específicamente dirigido a promover recursos personales que favorecen un desarrollo saludable de los mismos.

Este Taller está organizado en dispositivo grupal, con una duración de 10 encuentros, los cuales serán coordinados por profesionales idóneos en el tema. A los fines de evaluar el Taller se realizarán evaluaciones en distintos momentos, incluyendo dos encuentros posteriores a los 3 y 6 meses de haber concluido el mismo. Además se prevé contar un registro audiovisual de los encuentros.

En este momento está prevista la aplicación del Taller en la escuela....., abierta la inscripción a aquellos adolescentes que voluntariamente deseen participar.

Atendiendo a las pautas establecidas en la Ley Nacional de Protección de los Datos Personales N°25.326 que garantizan que la identidad de los participantes no será relevada y la confidencialidad de los contenidos trabajados, te solicitamos tu autorización para participar en el Taller y utilizar la información a los fines de la investigación que estamos realizando.

Quedamos a tu disposición ante las inquietudes que pudieran surgir.

¡Gracias!

Lic. Juan Cingolani

Dra. Claudia Castañeiras

A los días del mes de de, doy mi consentimiento informado para participar en el Taller *¿Cómo ser adolescente hoy y no morir en el intento?*

Nombre y apellido:

Documento:

Firma:

Cuestionario de Síntomas

A continuación se describen problemas y molestias que las personas pueden sufrir en alguna ocasión.

Indicá cuánto has experimentado cada uno de ellos durante los últimos 7 días (incluido el día de hoy), marcando con una cruz la respuesta que elijas:

	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
1. La idea de que otra persona pueda controlar tus pensamientos.					
2. Creer que la mayoría de tus problemas son culpa de los demás.					
3. Sentir miedo en los espacios abiertos o en la calle.					
4. Oír voces que otras personas no oyen.					
5. La idea de que no te podés fiar de la mayoría de las personas.					
6. Tener miedo de repente y sin razón.					
7. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no lográs controlar.					
8. Miedo a salir de casa solo/a.					
9. Sentirte solo/a.					
10. Sentirte triste.					
11. No sentir interés por las cosas.					
12. Sentirte nervioso/a o con mucha ansiedad.					
13. Creer que los demás se dan cuenta de tus pensamientos.					
14. La sensación de que los demás no te comprenden o no te hacen caso.					
15. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que vos no les gustás.					
16. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hacés bien.					
17. Sentirte inferior a los demás.					
18. Dolores musculares.					
19. Sensación de que las otras personas te miran o hablan de vos.					
20. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hacés.					
21. Tener dificultades para tomar decisiones.					

<i>Recordá que las afirmaciones se refieren a cuánto has experimentado cada uno de estos problemas o molestias durante los últimos 7 días (incluido el día de hoy)</i>	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
22. Sentir miedo a viajar en colectivo o tren.					
23. Sentir calor o frío de repente.					
24. Tener que evitar ciertos lugares o situaciones porque te dan miedo.					
25. Que se te quede la mente en blanco.					
26. Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo.					
27. Sentirte desesperanzado con respecto al futuro.					
28. Tener dificultades para concentrarte.					
29. Sentirte débil en alguna parte del cuerpo.					
30. Sentirte preocupado/a, tenso/a o agitado/a.					
31. Pesadez en los brazos o en las piernas.					
32. Sentirte incómodo cuando la gente te mira o habla acerca tuyo.					
33. Tener pensamientos que no son tuyos.					
34. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien.					
35. Tener ganas de romper algo.					
36. Sentirte muy tímido/a entre otras personas.					
37. Sentir miedo o ansiedad entre mucha gente (en el cine, supermercado, etc.).					
38. Ataques de terror o pánico.					
39. Tener discusiones frecuentes.					
40. El que otros no reconozcan adecuadamente tus logros.					
41. Sentirte inquieto/a o intranquilo/a.					
42. La sensación de ser un/a inútil o no valer nada.					
43. Gritar o tirar cosas.					
44. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de vos si los dejaras.					
45. La idea de que deberías ser castigado/a por tus pecados.					

Escala de Resiliencia

Por favor, respondé a cada una de las siguientes afirmaciones indicando tu grado de acuerdo o desacuerdo:

	Desacuerdo ←————→ Acuerdo						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Cuando hago planes los llevo a cabo.							
2. Habitualmente me las arreglo de una u otra manera.							
3. Soy capaz de depender de mí mismo/a más que los demás.							
4. Mantenerme interesado/a en cosas es importante para mí.							
5. Puedo estar solo/a si debo hacerlo.							
6. Me siento orgulloso/a de haber logrado cosas en mi vida.							
7. Habitualmente me tomo las cosas con calma.							
8. Me llevo bien conmigo mismo/a, soy amigo de mí mismo/a.							
9. Siento que puedo manejar muchas cosas a la vez.							
10. Soy una persona decidida.							
11. Es raro que me pregunte si las cosas valen la pena.							
12. Me tomo las cosas de una en una, de a poco.							
13. Pude salir de momentos difíciles porque ya he pasado por experiencias difíciles.							
14. Tengo disciplina.							
15. Me mantengo interesado/a en las cosas.							
16. Habitualmente puedo encontrar algo de lo que reírme.							
17. Creer en mí mismo/a me ayuda a atravesar los momentos difíciles.							
18. En una emergencia, soy una persona con la que la gente puede contar.							
19. Habitualmente puedo ver una situación desde distintas perspectivas.							
20. A veces me obligo a hacer cosas, aunque no quiera.							
21. Mi vida tiene un sentido.							
22. No pierdo el tiempo en cosas con las que no puedo hacer nada.							
23. Cuando estoy en una situación difícil, suelo encontrar la forma de salir de ella.							
24. Tengo suficiente energía para hacer lo que tengo que hacer.							
25. No tengo problema con que haya gente a la que no le caigo bien.							

Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento

A continuación se describen modos en los cuales las personas suelen afrontar las situaciones difíciles / de crisis. Te pedimos que respondas *según tu experiencia*:

	Hasta ahora no lo hice nunca	Hasta ahora lo hice un poco	Hasta ahora lo hice bastante	Hasta ahora lo hice muchísimo
1. Dedicarme a alguna otra actividad para distraerme (Ej: leer, escuchar música).				
2. Esforzarme por hacer algo para resolver la situación.				
3. “Decirme a mí mismo/a” que la situación no es real.				
4. Usar alcohol o drogas para sentirme mejor.				
5. Buscar apoyo emocional y afecto de otros.				
6. Darme por vencido/a al no poder resolver la situación.				
7. Hacer todo lo posible para mejorar la situación.				
8. Negarme a creer que la situación ha ocurrido.				
9. Decir lo que siento y expresar mi disgusto por la situación.				
10. Buscar ayuda y consejo de otras personas.				
11. Usar alcohol u otras drogas para ayudarme a sobrellevar la situación.				
12. Tratar de verlo desde otra perspectiva que resulte más positiva.				
13. Criticarme a mí mismo/a.				
<i>Recordá responder pensando en tu propia experiencia ante situaciones difíciles / de crisis</i>				
14. Tratar de elaborar una estrategia para saber qué hacer.				
15. Recibir contención y comprensión de alguien.				
16. Dejar de intentar afrontar la situación.				
17. Buscar algo bueno o positivo en lo que me está pasando.				
18. Hacer bromas sobre lo que me está pasando.				
19. Hacer algo para pensar menos en la situación, por ejemplo ir al cine, ver TV, leer, dormir, ir de compras.				
20. Aceptar la realidad de lo que me está pasando.				
21. Expresar mis sentimientos negativos.				
22. Tratar de encontrar consuelo en mi religión o creencias espirituales				
23. Tratar de obtener consejo o ayuda de otras personas acerca de qué hacer.				
24. Aprender a vivir con la situación difícil.				
25. Pensar mucho sobre qué pasos seguir.				
26. Culparme por las cosas que pasaron.				
27. Rezar o meditar.				
28. Tomar con humor la situación difícil.				

Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales

A continuación encontrarás algunas afirmaciones sobre tus emociones y tus sentimientos. Lee atentamente cada frase e indicá tu grado de acuerdo o desacuerdo en cada caso.

	Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Presto mucha atención a los sentimientos.					
2. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.					
3. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.					
4. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.					
5. Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.					
6. Pienso en mi estado de ánimo constantemente.					
7. A menudo pienso en mis sentimientos.					
8. Presto mucha atención a cómo me siento.					
9. Tengo claros mis sentimientos.					
10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.					
11. Casi siempre sé cómo me siento.					
12. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.					
13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.					
14. Siempre puedo decir cómo me siento.					
15. A veces puedo decir cuáles son mis emociones.					
16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos.					
17. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.					
18. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.					
19. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.					
20. Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.					
21. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.					
22. Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.					
23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz.					
24. Cuando estoy enojado/a intento cambiar mi estado de ánimo.					

Cuestionario de Dificultades Interpersonales en la Adolescencia

Te pedimos que indiques el grado de dificultad que *generalmente* te supone cada una de las siguientes situaciones. Al decir dificultad nos referimos tanto a aquellas situaciones en las que no sabés como responder o actuar (por ejemplo: te callas y te pones rojo), como aquellas otras en las que crees que te has excedido con la otra persona (por ejemplo, lo insultás y luego te arrepentís).

¿Tenés dificultad para...?

	Ninguna dificultad	Poca dificultad	Mediana dificultad	Bastante dificultad	Máxima dificultad
1. Reclamar a la cajera del supermercado que te ha devuelto 20 pesos de menos?					
2. Hacer cumplidos (elogios, piropos, etc.) a una persona del sexo opuesto por la que te interesas?					
3. Exponer en clase un trabajo que has realizado?					
4. Pedir a un camarero que te atienda a vos primero porque estabas antes?					
5. Expresar tu opinión en una asamblea de estudiantes cuando no estás de acuerdo con lo que dicen?					
6. Decirle a un desconocido que intenta colarse en la cola para el cine que aguarde su turno?					
7. Preguntar en clase cuando no entendés lo que ha explicado el profesor?					
8. Quejarte a un amigo/a que ha dicho algo que te molesta?					
9. Iniciar una conversación con un desconocido mientras esperas el colectivo?					
10. Opinar en contra, si no estás de acuerdo con tus padres?					
11. Quejarte a un camarero cuando te sirve comida o bebida en mal estado?					
12. Decirle a una persona que acaban de presentarte que te gusta mucho como está vestida?					
13. Dar las gracias a tus amigos/as cuando salen en tu defensa?					
14. Pedir a un desconocido que apague su cigarrillo porque te molesta?					
15. Vender rifas por la calle para tu viaje de estudios?					
16. Pedir información a un camarero si tenés dudas sobre el menú?					
17. Ofrecerte a pasar al pizarrón aunque no lleves preparada la lección?					
18. Preguntar a un desconocido una dirección cuando te perdés en un barrio que no conoces?					

Recordá que se te está preguntando por el grado de dificultad que *generalmente* te supone cada una de las siguientes situaciones

¿Tenés dificultad para...?

	Ninguna dificultad	Poca dificultad	Mediana dificultad	Bastante dificultad	Máxima dificultad
19. Ir a la oficina de tránsito y preguntar cómo hacer el trámite para sacar el registro de conducir?					
20. Decirle a un familiar (abuelos, tíos, etc.) que te molestan sus bromas pesadas?					
21. Expresar tu punto de vista ante tus compañeros/as de clase?					
22. Invitar a alguien del otro sexo a ir al cine?					
23. Pedir disculpas a tus padres por no estar en una comida familiar?					
24. Dar las gracias a un amigo/a que te ayuda en tus actividades escolares?					
25. Defenderte cuando tus padres te culpan de algo que no has hecho?					
26. Decirle a un vecino que no te deja estudiar con el ruido que está haciendo?					
27. Defenderte cuando tu hermano/a te acusa de haberle estropeado algo suyo (libro, prenda de vestir, etc.)?					
28. Acercarte y presentarte a alguien del otro sexo que te gusta?					
29. Agradecer al compañero de clase que consigue que el profesor postergue el examen?					
30. Disculparte con un compañero/a con quien te pasaste discutiendo?					
31. Devolver un CD defectuoso al local donde lo compraste?					
32. Decir que no a un amigo/a que te pide prestada la bici o la moto?					
33. Defender a un amigo/a tuyo/a cuando está siendo criticado/a por otros?					
34. Quejarte a tus padres cuando no te dejan ir a la salida que han organizado tus compañeros?					
35. Iniciar una conversación con una persona del otro sexo que te atrae?					
36. Decir que no a alguien que te pide dinero?					
37. Dar las gracias a tu madre por haberte hecho una comida especial el día de tu cumpleaños?					
38. Dar las gracias a un desconocido si te ayuda cuando te caes de la bici o de la moto?					
39. Pedir a un camarero que te cambie la gaseosa que te sirvió, por el jugo que habías pedido?					

Escala de Competencias Personales Percibidas

Respondé *según tu propia experiencia* en qué medida estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Tengo éxito en los proyectos que emprendo.						
2. Normalmente las cosas no salen como las he planeado.						
3. Me resulta difícil solucionar mis problemas.						
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás.						
5. Me desenvuelvo bien en cualquier situación.						
6. Cuando intento cambiar lo que me desagrada no lo consigo.						
7. No importa lo que me esfuerce, las cosas no me van como yo quisiera.						
8. En general soy capaz de conseguir lo que me propongo.						

Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés

A continuación se presentan ejemplos sobre *cómo las personas suelen responder ante los problemas en su vida cotidiana*. Te pedimos que indiques en cada caso tu grado de acuerdo:

	Completamente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo
1. Cuando tengo problemas o contratiempos en mi vida me cuesta trabajo funcionar lo más normalmente posible.					
2. Cuando tengo problemas o contratiempos intento que no afecten a mis emociones, relaciones u otras esferas de mi vida.					
3. Cuando tengo problemas mi salud no se afecta notablemente.					
4. Cuando tengo problemas o contrariedades dudo de mi capacidad para afrontarlos eficazmente.					
5. Soy capaz de no dramatizar los problemas y le doy su justo valor a las cosas.					
6. Cuando tengo problemas o contratiempos mi cuerpo lo manifiesta notablemente y me noto activado o tenso.					
7. Para resolver un problema pongo en marcha todos los recursos que están a mi alcance.					
8. Cuando tengo problemas o contrariedades no dejo de pensar en ellos y soy incapaz de prestar atención a otras cosas.					

Escalas de Bienestar Psicológico

Las afirmaciones que se presentan a continuación se refieren a *cómo te sentís con vos mismo/a y con tu vida*. Indicá la respuesta que mejor describa tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada ítem.

	Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Levemente en desacuerdo	Levemente de acuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. La mayoría de la gente me ve como una persona cariñosa y afectiva.						
2. En general, siento que controlo la situación en la que vivo.						
3. No estoy interesado/a en actividades que ampliarían mis horizontes.						
4. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento/a con cómo han resultado las cosas.						
5. Mantener relaciones cercanas ha sido difícil y frustrante para mí.						
6. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.						
7. Las demandas diarias de la vida a menudo me deprimen.						
8. Vivo la vida día a día y realmente no pienso en el futuro.						
9. En general, me siento seguro/a y positivo/a conmigo mismo/a						
10. A menudo me siento solo/a porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.						
11. Habitualmente mis decisiones no están influidas por lo que los otros hacen.						
12. No encajo muy bien con la gente y la comunidad que me rodean.						
13. Siento que muchas personas que conozco han obtenido más que yo de la vida.						
14. Disfruto de las conversaciones recíprocas y personales con miembros de mi familia o amigos.						
15. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.						
16. Soy bastante bueno/a manejando muchas responsabilidades de mi vida diaria.						
17. Tengo claro el sentido y el propósito en la vida.						
18. A menudo me siento abrumado/a por mis responsabilidades.						

Recordá que las afirmaciones se refieren a <i>cómo te sentís con vos mismo/a y con tu vida</i>	Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Levemente en desacuerdo	Levemente de acuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
19. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.						
20. A menudo mis actividades diarias me parecen triviales y sin importancia.						
21. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.						
22. Tiendo a estar influenciado/a por gente con convicciones fuertes.						
23. Cuando pienso en mí, creo que realmente no he mejorado mucho como persona a lo largo de los años.						
24. No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida.						
25. En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida.						
26. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.						
27. La gente me describe como una persona generosa, capaz de compartir mi tiempo con otros.						
28. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.						
29. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.						
30. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.						
31. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.						
32. No disfruto las situaciones nuevas que requieren que cambie mi manera habitual de hacer las cosas.						
33. Algunas personas van por la vida sin rumbo, pero no es mi caso						
34. Mi actitud sobre mí mismo/a probablemente no es tan positiva como la actitud que la mayoría de la gente tiene sobre sí misma.						
35. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de aprendizaje, cambio y crecimiento.						
36. A veces me siento como si ya hubiera hecho todo lo que hay para hacer en la vida.						
37. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.						

Recordá que las afirmaciones se refieren a <i>cómo te sentís con vos mismo/a y con tu vida</i>	Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Levemente en desacuerdo	Levemente de acuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
38. Me es difícil dirigir mi vida hacia un camino que me resulte satisfactorio.						
39. Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida.						
40. Cuando me comparo con amigos y conocidos, me siento bien de ser quien soy.						
41. Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes.						
42. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.						

Escala de Satisfacción con la Vida

Por último te pedimos que indiques **tu grado de acuerdo** con cada una de las siguientes frases:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea.					
2. Las circunstancias de mi vida son muy buenas.					
3. Estoy satisfecho/a con mi vida.					
4. Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes.					
5. Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada.					

