

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL PARA LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA FAMILIAS FUERTES: AMOR Y LÍMITES



Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA

Luis Alberto Otárola Peñaranda

Presidente Ejecutivo

Oscar Gómez Castro

Secretario General

Claudett Katerina Delgado Llanos

Responsable Técnico del Programa Presupuestal de Prevención y Tratamiento del
Consumo de Drogas - PP PTCD

Documento Institucional

Elaborado en el marco del servicio para la elaboración del marco teórico conceptual para la aplicación del Programa Familias Fuertes: Amor y Límites.

María Edith Baca Cabrejos

Consultor / Capacitador del Programa Familias Fuertes: Amor y Límites

Primera edición

Octubre, 2014

Presentación

El Programa “Familias Fuertes: Amor y Límites”, es una estrategia de probada efectividad de intervención con padres e hijos adolescentes de 10 - 14 años. Es un programa familiar que tiene como propósito fortalecer la comunicación y los lazos familiares como factores protectores contribuyendo a prevenir la aparición de conductas de riesgo que puedan derivar en el consumo de drogas.

Esta estrategia está basada en el Strengthening Families Program (ISFP), desarrollado por la Universidad del Estado de Iowa en el año 1992 y adaptado al contexto latinoamericano por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), y que viene siendo implementado en el Perú desde el año 2005. En el año 2008, OPS y GTZ transfieren el programa a DEVIDA dando inicio al proceso de institucionalización quien, a su vez, ha incorporado el programa como una política institucional.

En Los últimos siete años DEVIDA ha realizado la adaptación de los videos y manuales del programa, al contexto sociocultural de la realidad peruana, contando a la fecha con versiones para la costa, selva y sierra urbana. Asimismo, promueve la formación de capacitadores y facilitadores del programa a nivel nacional, garantizando que los profesionales capacitados cuenten con todas las herramientas necesarias para el manejo de la metodología y conozcan los conceptos teóricos que sustentan el programa.

Ante ello se hace necesario contar con un documento técnico orientado a fortalecer los conceptos de familia, adolescencia, el rol de los padres - madres, así como las diversas teorías del cambio que sustentan este programa. En ese sentido se ha elaborado el libro : “Marco Teórico Conceptual para la aplicación del Programa Familias Fuertes: Amor y Límites” con el objeto de fortalecer las capacidades de los facilitadores en sus respectivas implementaciones.

UN MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL PARA LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA FAMILIAS FUERTES: AMOR Y LÍMITES

CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN

I. PRIMER CAPÍTULO

Antecedentes y breve análisis de situación: Familias, adolescentes y consumo de drogas.

II. SEGUNDO CAPÍTULO

El Modelo Ecológico en la aplicación del Programa Familias Fuertes: Amor y Límites

III. TERCER CAPÍTULO

Las Teorías para el Cambio de la Conducta

IV. CUARTO CAPÍTULO

Unidad de análisis “Las Familias”

V. QUINTO CAPÍTULO

Unidad de análisis “Ser Madre y Padre”

VI. SEXTO CAPÍTULO

Unidad de análisis “Ser Adolescente”

VII. SÉPTIMO CAPÍTULO

¿Cómo asociar el marco teórico conceptual a la aplicación del Programa Familias Fuertes: Amor y Límites?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

UN MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL PARA LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA FAMILIAS FUERTES: AMOR Y LÍMITES

INTRODUCCIÓN

Las evidencias son claras al afirmar que el marco teórico es la base sobre la cual las intervenciones basadas en evidencias se construyen para lograr programas eficaces o mejores prácticas. Los programas que influyen en las conductas y benefician a los participantes y a las comunidades son aquellos guiados por teorías de cambio de conducta, que operan a nivel individual, interpersonal, comunitario y socio-político. Así, las teorías deben ser empleadas para planear, implementar, monitorear y evaluar las intervenciones de promoción, prevención, atención y reinserción social.

El marco teórico del presente documento ha sido estructurado de manera abreviada para una aplicación más efectiva del Programa Familias Fuertes: Amor y Límites.

El objetivo general de este programa es mejorar la salud y el desarrollo de adolescentes entre los 10 a los 14 años de edad, con el propósito de prevenir conductas de riesgo a través de la promoción de la comunicación efectiva entre madres, padres e hijos.¹

Para efectos de la aplicación de este Programa no es suficiente el uso de un marco teórico y de teorías para el cambio de la conducta. A esto debe sumarse el respeto a la fidelidad metodológica del programa. Cualquier cambio, ya sea añadiendo o suprimiendo partes del mismo, invalida la intervención; en la medida de que el impacto se pierde y hace inviable la medición del mismo; al compararlo con intervenciones que si respetan la fidelidad metodológica de la intervención.

El documento está estructurado en siete capítulos que se fundamentan a continuación:

¹ Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas-DEVIDA: Programa Familias Fuertes: Amor y límites. Guía para el Facilitador.P14. OPS-GIZ, Lima, 2009.

El primer capítulo contiene un acápite de antecedentes del desarrollo del programa en la Región de las Américas y en el Perú y se presenta un breve estado de situación sobre las familias, la adolescencia y el consumo de drogas en adolescentes. Se describen datos epidemiológicos que dan cuenta de factores determinantes distales o predisponentes y reforzadores o proximales. No se añaden factores facilitadores o contextuales, en la medida que éstos varían de comunidad en comunidad. Se cierra con un análisis sobre el impacto del consumo de drogas en adolescentes y algunas ideas fuerza a ser usadas en la aplicación del Programa Familias Fuertes: Amor y Límites.

En el segundo capítulo se desarrollan ideas básicas sobre el abordaje del modelo ecológico, precisamente para ver cómo operan dinámicamente los factores determinantes, los factores de riesgo y los factores protectores desde la mirada sistémica que permite el modelo ecológico. Se cierra con algunas ideas fuerza para aplicar el enfoque del modelo ecológico en el Programa Familias Fuertes: Amor y Límites.

En el tercer capítulo se fundamentan las teorías que pueden explicar la conducta y el cambio de ésta desde el abordaje ecológico, y que van a contribuir a potenciar el desarrollo de las tres unidades de análisis trabajadas en el Programa: Las Familias, Ser Madre y Padre, y Ser Adolescente.

En el cuarto capítulo se desarrolla la Unidad de Análisis sobre “Las Familias”, población estratégica del Programa Familias Fuertes: Amor y Límites. En este espacio se comparten miradas de algunas disciplinas sobre la familia, la diversidad en la composición de éstas, sus tipos y sus funciones. Se cierra con ideas fuerza que podrán ser usadas por los capacitadores en la aplicación de las siete sesiones.

El quinto capítulo está dedicado a “Ser Madre y Padre” y se desprende del capítulo anterior, poniendo énfasis en el rol de las madres y padres o cuidadores, modelos de crianza efectiva y en medidas preventivas esenciales que refuercen factores protectores. Se cierra con ideas fuerza para las siete

sesiones, las cuales están centradas en cómo ser madre y padre para construir una familia saludable, con adolescentes valorados, protegidos y empoderados.

El sexto capítulo versa sobre la Unidad de Análisis: “Ser Adolescente”, como población objetivo del Programa Familias Fuertes: Amor y Límites. Se desarrolla un marco teórico breve, pero integral para comprender a las y los adolescentes, la estructuración y consolidación de su identidad, sus necesidades y deseos, las dimensiones y las tareas a considerar para su desarrollo integral y empoderamiento, así como para promover la valoración de sus padres o cuidadores.

En el séptimo capítulo se aportan **ideas fuerza** para las 21 sesiones de las del programa. Asimismo, se presentan algunas **sugerencias prácticas (tips)** para hacer cierres en cada sesión y lograr en cada momento de la aplicación del programa una asociación entre éstas sesiones; identificando conductas emergentes de madres, padres y adolescentes participantes. Finalmente, se presentan algunas **conclusiones** relevantes.

I. PRIMER CAPÍTULO

1. ANTECEDENTES

El Programa Familias Fuertes: Amor y Límites está basado en evidencias. Ha sido adaptado del programa “***Strengthening Families with adolescents***” del Instituto de Estudio Social y de Conductas de Universidad Estatal de Iowa (1992). Su evaluación ha demostrado el impacto de la intervención en las conductas de adolescentes de 10 a 14 años de edad. Estudios longitudinales al año y a los dos años han reconocido su efectividad en 1996 y 1997. En Estados Unidos participaron el Instituto Nacional de Abuso de Drogas, la Oficina de la Justicia Juvenil y Prevención de la Delincuencia y el Departamento de Educación.

Este Programa ha sido adoptado y adaptado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), en coordinación con el Centro de Comunicación en Salud de Harvard School of Public Health en Estados Unidos con el nombre de ***Familias Fuertes: Amor y Límites*** para su aplicación en los países de Latinoamérica.

En Perú, el Programa Familias Fuertes: Amor y Límites se inició en el año 2005, cuando la Organización Panamericana de la Salud-OPS/OMS a nivel regional desarrolló en Lima un primer taller de formación a facilitadores para instalar competencias teóricas y metodológicas para la aplicación del Programa. En el año 2007, la OPS/OMS de Perú y la Cooperación Alemana - GTZ, (ahora GIZ) implementaron el Programa a nivel municipal en nueve distritos de Lima. El resultado permitió conocer la herramienta con familias peruanas. Los aprendizajes orientaron la elaboración de materiales de apoyo al entrenamiento de facilitadores y la ruta de gestión para una exitosa implementación.

La OPS y GTZ asociadas a través de un proyecto de prevención de la violencia que afecta a adolescentes, presentaron la herramienta a diversas instituciones del Estado como una intervención efectiva, que había sido validada con familias peruanas y tenía aceptación. Hubo interés de diversas entidades

públicas, sin embargo, fue la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas- DEVIDA, la institución que se comprometió a incorporar el programa en sus políticas institucionales de prevención.

DEVIDA había encontrado en las encuestas del consumo de drogas en población escolar (2005 y 2007), que el mayor o menor involucramiento de los padres en las actividades de sus hijos correlacionaba con el consumo de drogas de éstos. Así, el Programa Familias Fuertes ofrecía estrategias para orientar a madres y padres en el monitoreo de las actividades de sus hijos, basadas en la conexión afectiva y el establecimiento de límites. Este fue el principal argumento a favor de adoptar la nueva herramienta.

En abril del 2008, OPS y GTZ transfieren el Programa Familias Fuertes a DEVIDA. Durante ese año brindaron asistencia técnica en la formación de facilitadores, en la implementación y el seguimiento del programa en nuevos municipios de Lima, en la realización de talleres de socialización y evaluación de experiencias con los equipos locales. Así, DEVIDA dio inicio al proceso de institucionalización del Programa como una política pública de prevención.

La formación de facilitadores y el proceso de implementación entre el año 2007 y 2008 fueron documentadas por OPS y GTZ a partir del 2009. Desde el año 2009, DEVIDA inicia una trayectoria destacable y sostenida. Realizó la adaptación comunicacional de los videos al contexto peruano de la costa y en el 2010 al contexto de la selva. En el año 2013, se adaptaron una vez más los materiales del Programa Familias Fuertes, en esta ocasión para aplicar el programa a contextos urbanos de la sierra peruana. Una vez adaptados, este material fue reproducido para usarlo en los ámbitos previstos.

En el año 2009, DEVIDA capacitó a treinta facilitadores y aplicó el programa en diez municipios de Lima, beneficiando a 240 familias. Durante ese mismo año preparó las condiciones para un trabajo concertado con los Gobiernos Regionales y la implementación del programa en los centros educativos.

En el año 2010, inició la disseminación del programa, capacitó a 405 facilitadores e implementó el programa en 12 regiones a través de las

Direcciones Regionales de Educación-DRE. Ese año fueron beneficiadas 1,459 familias. Se había iniciado el proceso de escalamiento.

En el 2011, DEVIDA formó capacidades de 334 nuevos facilitadores en quince regiones del país y se sumaron 5,555 nuevas familias beneficiadas. En tres años DEVIDA benefició a 7,254 familias peruanas. La data recogida por DEVIDA a octubre del año 2012, permitió sumar 4,399 nuevas familias obteniendo un acumulado de 11,653 familias peruanas fortalecidas por el programa en 19 regiones del Perú y en Lima Metropolitana.

Este avance ha sido posible en la medida que Familias Fuertes se insertó como parte de las actividades que cuentan con financiamiento público a través Programa Presupuestal por Resultados-PPR, como consecuencia de las gestiones de DEVIDA ante el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Para la implementación del programa, el MEF les asigna un presupuesto, en el marco del Programa Presupuestal de Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas, el cual es efectuado a través de las Direcciones Regionales de Educación. Este presupuesto está dirigido a la implementación y aplicación del programa.

La experiencia peruana de Familias Fuertes se inició a nivel local, con un bagaje acumulado de conocimiento sistémico y de gestión. DEVIDA al adoptar el programa lo hizo ingresar a un proceso de escala nacional a través de las regiones, teniendo como aliados a los Gobiernos Regionales y a las Direcciones Regionales de Educación en su implementación en las instituciones educativas del nivel secundario. DEVIDA apostó por Familias Fuertes con una mirada a largo plazo como una inversión social segura.

Actualmente, el programa se encuentra en 12 regiones del país y en Lima Metropolitana y forma parte de los planes de gestión descentralizados del Ministerio de Educación, en convenio con DEVIDA; y del Ministerio de Salud y un conjunto de municipios que se van sumando a la aplicación del programa.

Las lecciones aprendidas de este proceso fueron recogidas a través del proyecto PRADICAN de la Comunidad Andina en alianza con la OPS/OMS,

lecciones que han sido consideradas para la estandarización y monitoreo de la aplicación del Programa.²

En el año 2013, se desarrolló un Taller de reforzamiento para capacitadores, como parte de la II Etapa de Acreditación y Unificación de Criterios para la Capacitación y Monitoreo del Programa “Familias Fuertes: Amor y Límites”. Asimismo, se impartieron cuatro cursos-talleres para la formación de competencias de facilitadores en la aplicación del programa, llegando a capacitar a 162 facilitadores.

Simultáneamente ese mismo año, el Programa se implementó en 12 regiones a través de las Direcciones Regionales de Educación y fue posible implementar 22 procesos de capacitación, formando a 854 facilitadores.

Asimismo, con profesionales acreditados se pudo ejecutar un Plan de programación, seguimiento y acompañamiento de aplicaciones del Programa en siete departamentos del país. Este proceso de gestión logró desarrollar 42 aplicaciones del Programa Familias Fuertes Amor y Límites.

En el año 2014, se continúa trabajando con las 12 Direcciones Regionales de Educación. A la fecha se han realizado 20 talleres de capacitación, los cuales ha permitido formar a 734 facilitadores. Del mismo modo, este año en curso, se llevó a cabo un Taller de reforzamiento y unificación de criterios para la capacitación de facilitadores y monitoreo del programa Familias fuertes: amor y límites.

A partir del 2015, el Ministerio de Salud, a través del nuevo Programa Presupuestal por Resultados-PPR de salud mental tiene el objetivo de institucionalizar el Programa de Familias Fuertes en todas las Gerencias Regionales de Salud-GERESAS.

En este escenario promisorio se presentan cuatro grandes desafíos. El primero, en relación a la sostenibilidad de la intervención desde las instituciones educativas. Esto supone un siguiente nivel de involucramiento: el nacional. El

² Castro, Alicia; Bustamante, Inés; Comunidad Andina (PRADICAN), OPS/OMS, Unión Europea: Lecciones aprendidas de la experiencia peruana: Sistematización de la Implementación del Programa Familias Fuertes. Perú, 2012.

Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud y los municipios interesados deben institucionalizarla, desarrollando mecanismos propios de cada sector que vigilen la estandarización de la aplicación del Programa y garantice que la inversión realizada en la instalación de capacidades técnicas en docentes, profesionales de la salud y de los municipios, así como de las familias que recibieron el programa, no se pierda y por el contrario, se fortalezca y se empoderen todos los actores sociales y comunitarios involucrados.

El segundo desafío, es el monitoreo de la aplicación del programa y la evaluación de las intervenciones. Se necesita monitorear la aplicación del programa y medir su impacto con rigurosidad científica para recoger evidencias que den cuenta de una aplicación estandarizada del Programa. El tercer desafío y no menos importante, se vincula a la fidelidad, es decir la adherencia y calidad de las intervenciones. Es necesario el apoyo y seguimiento al entrenamiento de los facilitadores y el fortalecimiento sostenido de los capacitadores. Paralelamente, es esencial articular esfuerzos para garantizar una gestión efectiva que asegure las condiciones adecuadas para la implementación del programa, respetando sus exigencias técnicas y metodológicas, basadas en un marco teórico conceptual. El cuarto y gran desafío es la medición de impacto en las familias que recibieron el programa.

2. BREVE ANÁLISIS DE SITUACIÓN: FAMILIAS, ADOLESCENTES Y CONSUMO DE DROGAS

2.1. LAS FAMILIAS PERUANAS

El Instituto Nacional de Estadística el año 2007 censó a 6'754 074 hogares de todo el país. La mayoría de estos hogares se encuentran en el área urbana (5'131349) y una menor proporción se localizan en el área rural (1'622 725).³

³Instituto Nacional de Estadísticas-INEI: Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. Lima-Perú, 2008.

Concepto de familia para efectos de la aplicación del Programa Familias Fuertes: Amor y Límites

Para efectos de este documento se conceptúa a la familia como aquella unidad de parentesco medular y esencial de la sociedad, caracterizada por la diversidad en la composición de sus miembros, por el cumplimiento de sus funciones esenciales para el desarrollo de los mismos y el tipo de familia. Ésta se sostiene en los vínculos, en los intercambios emocionales, afectivos, cognoscitivos, normativos y culturales entre sus miembros.

El concepto de familias, por razones de su diversidad forma parte del encuadre teórico para el Programa Familias Fuertes. Así, la familia por su composición según las políticas nacionales pueden ser nucleares, nucleares incompletas, extensas, agregadas, no conyugales, precoces e institucionales.⁴

A continuación se presenta la diversidad de los hogares peruanos censados por el Instituto Nacional de Estadísticas en el año 2007. A partir de estos indicadores se puede establecer la tendencia en la composición de los miembros de cada tipo de familia.

Composición de las familias, según tipos de hogares⁵

- El 53 % de los hogares son nucleares. El hogar nuclear predomina en el área rural (58,3%)
- 25,1% son familias extendidas, con otros familiares. Tiene mayor presencia en el área urbana (26,3%).
- El 11,8% son unipersonales.
- Hogares de personas casadas o convivientes (70.4%),
- 6,0% hogares conformado por personas viudas, divorciadas o separadas (22.6%),
- 4,2% hogares compuestos.
- El 6.9% son solteros/as.

⁴ Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (ahora MIMP): Plan Nacional de Apoyo a la Familia 2004-2011. P11. Edición N° 3. Lima-Perú, 2006.

⁵ Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (ahora MIMP): Plan Nacional de Apoyo a la Familia 2004-2011. P11. Edición N° 3. Lima-Perú, 2006.

Hogares con menores de 15 años y familias precoces⁶

- El 73,6 % de los menores de 15 años viven con sus dos padres.
- Un 17,3 % sólo vive con su madre, en mayor proporción en el área urbana, en el quintil superior de riqueza y en Lima Metropolitana.
- Casi el 10 % de los menores de 15 años es huérfano de al menos uno de sus padres biológicos o sus padres no forman parte del hogar de residencia; entonces no viven con sus padres biológicos.
- La mayoría de ellos se ubica debajo del quintil intermedio del índice de riqueza y en la sierra.
- La mayor parte de las mujeres jefas de hogar no tienen cónyuge o pareja y el 75,3% de los integrantes de sus hogares son niños o adolescentes.
- Las uniones tempranas con familias precoces han aumentado en los últimos años y ocurren sobre todo, en las mujeres rurales de la selva, seguidas por las de la sierra y la costa.
- Existe un 8.7% de uniones antes de los 15 años de edad
- El 38.30% corresponden a menores de 18 años.

Determinantes sociales de la situación familiar⁷

Es importante destacar que existen factores determinantes, factores de riesgo que impactan negativamente tanto la composición como el funcionamiento de los miembros de las familias. Empero, también actúan factores de protección que los fortalecen y preservan de manera resiliente y empoderada.

Los factores determinantes se pueden diferenciar en **predisponentes o distales** (nivel socio político), **facilitadores o contextuales** (nivel comunitario) y **reforzadores o proximales** (nivel interpersonal). Se señalan aquí, algunos indicadores que dan cuenta de cómo los determinantes **predisponentes o distales** basados en las condiciones sociales en que transitan las familias en el país están dificultando la consolidación de familias fuertes y saludables y actúan a nivel del sub-sistema socio-político o macro sistema.

⁶ Instituto Nacional de Estadísticas-INEI: ENDES. Lima-Perú, 2008.

⁷ Organización Panamericana de la Salud /OMS-GTZ (ahora GIZ), Baca, María Edith: Determinantes sociales, comunitarios, relacionales e individuales de la violencia que afecta a adolescentes y jóvenes desde el modelo ecológico. P12, 25, 34, 47. Documento Técnico. Lima-Perú, 2008.

Algunos Indicadores del nivel socio-político: predisponentes o distales	Determinantes
● 62.6% de incidencia de pobreza en adolescentes de 10 a 14 años en área rural. ⁸	
● 20.1% de la jefatura del hogar es femenina y pobreza. ⁹	
● 12 horas 14 minutos de horas al día dedican las mujeres al cuidado de bebés, niños, niñas y adolescentes. ¹⁰	
● 5 horas 49 minutos las dedican los hombres al cuidado de bebés, niños, niñas y adolescentes. ¹¹	
● 55% de niños pobres forman parte de la PEA. ¹²	
● 45% de niñas pobres forman parte la PEA. ¹³	
● 40% de niños y niñas rurales de 6 a 11 años están trabajando. ¹⁴	
● 23.8% de desnutrición crónica en menores de 5 años. ¹⁵	
● 39% de anemia en adolescentes rurales de 15 a 19 años. ¹⁶	
● 83% es la tasa de conclusión de la educación primaria en adolescentes pobres extremos de 15 a 19 años. ¹⁷	

En la diversidad de las familias se encuentran determinantes que colocan a las familias en condiciones de vulnerabilidad o en condiciones de oportunidades. Ahora se presentan datos asociados a factores determinantes reforzadores o proximales, que conjugados a los factores facilitadores o contextuales están definiendo las condiciones de vulnerabilidad o fortaleza en la que viven las familias en el Perú y que requieren ser considerados para la aplicación de intervenciones orientadas a ser efectivas.

⁸ Instituto Nacional de Estadísticas-INEI: Informe de pobreza al 2010. Lima-Perú, 2011.

⁹ Instituto Nacional de Estadísticas-INEI: Informe de pobreza al 2010. Lima, Perú, 2011.

¹⁰ Instituto Nacional de Estadísticas-INEI y Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social-MIMDES (ahora MIMP): Encuesta Nacional de Uso del Tiempo. Lima- Perú, 2010.

¹¹ Instituto Nacional de Estadísticas-INEI y Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social-MIMDES (ahora MIMP): Encuesta Nacional de Uso del Tiempo. Lima -Perú, 2010.

¹² Instituto Nacional de Estadísticas-INEI, Organización Internacional del Trabajo -OIT y IPEC: El trabajo infantil en el Perú: magnitud y perfiles vulnerables. Informe Nacional 2007-2008. Lima- Perú, 2009.

¹³ Instituto Nacional de Estadísticas-INEI, Organización Internacional del Trabajo-OIT y IPEC: El trabajo infantil en el Perú: magnitud y perfiles vulnerables. Informe Nacional 2007-2008. Lima- Perú, 2009.

¹⁴ UNICEF-INEI: Estado de la niñez en el Perú. Resumen Ejecutivo. Pp8-15. Lima- Perú, 2008.

¹⁵ Instituto Nacional de Estadísticas-INEI: ENDES continua. Lima-Perú, 2009.

¹⁶ UNICEF-INEI: Estado de la niñez en el Perú. Resumen Ejecutivo. Pp8-15. Lima- Perú, 2008.

¹⁷ Instituto Nacional de Estadísticas-INEI: ENAHO. Lima-Perú, 2008.

Algunos indicadores del nivel interpersonal: Determinantes reforzadores o proximales

- 38.4 % de las mujeres unidas de 15 a 49 años fueron violentadas física y sexualmente por el esposo¹⁸.
- El 67.9% del total de las mujeres encuestadas las experimentaron; y la mayor proporción fueron las de 15 a 19 y de 40 a 44 años.¹⁹
- El 20% y el 65% de niños en edad escolar dijo haber sufrido acoso físico o verbal durante los 30 días anteriores a la encuesta.²⁰
- Según los servicios MAMIS del Ministerio de Salud, 8 de cada 10 niños sufren maltrato físico y/o psicológico. (MINSa, 2010).
- 1 de cada 3 niñas es abusada sexualmente antes de los 15 años y 1 de cada 6 niños sufre del mismo abuso antes de los 15 años. (UNFPA, 2010).
- Datos de los Centros Emergencia Mujer-CEMs del MIMP, el 13.2% ha referido abuso sexual del padre y 9.6% del padrastro. El 16% de otros familiares (2011).

Algunos indicadores de protección a nivel interpersonal: La familia y la escuela

En el año 2011, el Ministerio de Salud presenta los resultados del Estudio Global de Salud Escolar en el Perú. Este estudio multicéntrico recogió información de 19 regiones del país sobre factores protectores de naturaleza vincular en la familia y la escuela²¹. A continuación se presentan los de mayor relevancia:

- ✓ El 36.9% de los estudiantes faltó a clase sin permiso una o más veces en el último mes.
- ✓ El 43.4% respondió que los alumnos de su escuela eran amables y les prestaban ayuda casi siempre o siempre.

¹⁸ Instituto Nacional de Estadísticas-INEI: ENDES continua. Lima-Perú, 2010.

¹⁹ Instituto Nacional de Estadísticas-INEI: ENDES continua. Lima-Perú, 2010.

²⁰ Ministerio de Salud de Perú, Organización Panamericana de la Salud y CDC de USA: Encuesta Global de Salud Escolar: Resultados-Perú. P.38. Lima-Perú, 2010.

²¹ Ministerio de Salud de Perú, Organización Panamericana de la Salud y CDC de USA: Encuesta Global de Salud Escolar: Resultados-Perú. P.56. Lima-Perú, 2010.

Los y las adolescentes en el Perú	¿Cómo es la respuesta del Ministerio de Salud?
<ul style="list-style-type: none"> ● Existen en el Perú 5'679 770 de adolescentes entre 10 a 19 años²² ● 2'948 985 son adolescentes entre 10 y 14 años (51.9%).²³ ● De estos, son varones 1' 503 335 (50,98 %)²⁴ ● Mujeres: 1'445 650 (49,02%).²⁵ ● 29% Vive en Lima y 71 % en regiones.²⁶ ● Adolescentes entre 12 y 20 años constituyen casi 10 millones de la población peruana. ● La tercera parte vive en Lima y Callao y el resto se distribuye en todas las demás regiones. ● Existe un 21% de muertes maternas de mujeres adolescentes.²⁷ ● El 54.3% de los jóvenes, peruanos son pobres ● El 23.9% son extremadamente pobres. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Según el Seguro Integral de Salud del Ministerio de Salud-SIS, los adolescentes asegurados entre los 12 a los 17 años son 1'850 999 hasta el año 2011²⁸. ● Empero si contamos a la población adolescente entre 10 a 19 años (5'679 770) el 32.5% de adolescentes al 2011 estarían asegurados en el Seguro Integral de Salud del Ministerio de Salud.²⁹ ● A nivel nacional existen 1, 927 servicios diferenciados intramurales³⁰ entre estos hay: Horarios diferenciados (1614), consultorios con ambientes exclusivos (310), servicios diferenciados especializados (3). 149 Espacios de escucha y 42 CDJs.

²² Ministerio de Salud- DGSP-EVAJ: Análisis de la Situación de Salud Adolescente. P18. Lima - Perú , 2009

²³ Ministerio de Salud- DGSP-EVAJ: Análisis de la Situación de Salud Adolescente. P19. Lima - Perú , 2009

²⁴ Ministerio de Salud- DGSP-EVAJ: Análisis de la Situación de Salud Adolescente. P19. Lima - Perú , 2009

²⁵ Ministerio de Salud- DGSP-EVAJ: Análisis de la Situación de Salud Adolescente. P.24 . Lima- Perú, 2009

²⁶ INEI: Censo 2007. Elaborado por EVAJ-DGSP. MINSA. Lima-Perú , 2010

²⁷ Ministerio de Salud-Dirección General de Epidemiología. Lima- Perú , 2011

²⁸ Ministerio de Salud-DGSP-EVAJ-Seguro Integral de Salud-SIS. Lima- Perú, 2011.

²⁹ Ministerio de Salud-DGSP-EVAJ-Seguro Integral de Salud-SIS. Lima- Perú , 2011

³⁰ Ministerio de Salud-DGSP-EVAJ. Con información de DIRESAS y DISAS. Lima- Perú, 2011

- ✓ El 43.9% respondió que sus padres o tutores verificaron siempre o casi siempre que hacían su tarea.
- ✓ El 35.4% respondió que sus padres o tutores comprenden siempre o casi siempre sus problemas y preocupaciones.
- ✓ El 36.2% respondió que sus padres o tutores siempre o casi siempre saben lo que hacen en su tiempo libre.
- ✓ El 79.8% respondió que sus padres o tutores nunca o casi nunca registraron sus cosas sin su permiso.
- ✓ El 47.9% respondió que sus padres les han demostrado afecto casi siempre o siempre.
- ✓ El 41.0% respondió que sus padres les han dedicado tiempo.
- ✓ El 41.2% respondió que sus padres supieron dónde estaban en la noche casi siempre o siempre.
- ✓ El 83.7% de los estudiantes respondieron que cuentan con un docente tutor.
- ✓ El 88.1% señaló que durante el presente año escolar han tenido una hora semanal para tutoría.
- ✓ El 72.0% señaló que el docente tutor está al tanto de los problemas que ocurren con los estudiantes de su sección.
- ✓ El 65.9% respondió que el docente tutor se preocupa realmente por ellos.

2.2. LA ADOLESCENCIA EN EL PERÚ

La salud de las y los adolescentes está impactada por factores determinantes de riesgo o de protección, los cuales se diferencian según el nivel ecológico en que operan: individual, interpersonal, comunitario y socio-político.

Los indicadores que a continuación se presenta están asociados a determinantes sociales llamados también predisponentes o distales que están afectando a la población adolescente. Como contrapeso existe una respuesta del Estado a través del Ministerio de Salud para mejorar dichos indicadores.

La salud mental adolescente:

La violencia autoinfligida como el consumo de alcohol y otras drogas legales e ilegales están interfiriendo la salud y el desarrollo adolescente como se puede observar a continuación:

Consumo de alcohol y drogas³¹: Violencia autoinfligida
13.3 años es la edad de inicio para las drogas legales como el tabaco y el alcohol.
12 años para el caso de la ketamina y 14.3% marihuana.
40.5% es la prevalencia de vida para las drogas legales
8.1% es la prevalencia de vida para las drogas ilegales.
5.5% es la prevalencia de vida para las drogas médicas.
25.1% es la prevalencia anual de drogas legales para escolares varones.
21.5% es la prevalencia anual de drogas legales para escolares mujeres.
4.5% es la prevalencia anual de drogas ilegales para escolares varones.
3.1% es la prevalencia anual de drogas ilegales escolares mujeres.
2.6% es la prevalencia anual de drogas médicas en los escolares varones.
3.7% es la prevalencia anual de drogas médicas en los escolares mujeres.

Comparadas estas cifras con datos de estudios anteriores podemos inferir que las diferencias de género en el consumo drogas legales, ilegales y médicas existen, pero no son significativas. Las mujeres están aumentando el consumo de drogas legales e ilegales. Aunque el varón tiene prevalencias mayores.

Suicidio: Otra forma de violencia autoinfligida

El suicidio representa la forma fatal de la violencia autoinfligida y en el caso de adolescentes y jóvenes existen evidencias que el consumo de alcohol drogas y otras adicciones, está asociado al suicidio o a sus intentos.

³¹ Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas-DEVIDA: V Estudio Nacional sobre prevención y consumos de drogas aplicada a estudiantes de estudios secundarios en el 2012. P19 y 21. Lima-Perú, 2013.

Estudios en Lima, Sierra y Selva, Sierra³²

- 3.6% de adolescentes en Lima que intentaron suicidarse alguna vez en su vida
 - 2.9% de adolescentes en la Sierra
 - 1.7% de adolescentes en la Selva
- Siendo 2 los motivos principales:
- Problemas con sus padres:** Lima (59.1%), Sierra (70%) y Selva (51%).
- Problemas con otros familiares:** Lima (19.6%), Sierra (9.7%) y Selva (22%).

Encuesta Global de Salud Escolar en el Perú (2010) aplicada a adolescentes entre 13 a 15 años³³

- 19.5 % consideró suicidarse en los últimos 12 meses de aplicación de la encuesta.
- 11.1% fueron adolescentes varones y el 27.9% mujeres.
- 17 % intentó un suicidio los últimos 12 meses.
- 12% fueron adolescentes varones y el 22% mujeres.

El Bullying: Otra forma de violencia infligida

El bullying es una forma que adopta la violencia en el entorno escolar y universitario. En este caso, solo se presentarán indicadores de bullying escolar y su relación con el consumo de drogas legales e ilegales.

Alumnos vinculados al bullying proceden de familias con problemas de comunicación, vínculos precarios y maltrato familiar. La condición de víctima o de victimario del bullying son formas de conducta en la cual la crianza, el tipo de vínculos y otros factores familiares e individuales, así como contextuales han influido en su configuración.

DEVIDA, como resultado de la identificación de este problema en las instituciones educativas públicas y privadas adaptó para Perú, un instrumento de medición de Chile³⁴. Escalas para medir la exposición, la victimización y la agresividad a través del bullying. Seguidamente, se presenta un cuadro que grafica cómo se comporta la conducta de bullying, según sexo y tipo de colegio:

³² Instituto Nacional de Salud Mental ? Honorio Delgado Hideyo Noguchi. Estudios Epidemiológicos sobre Salud Mental. 2002, 2004, 2006, Lima-Perú.

³³ Ministerio de Salud de Perú, Organización Panamericana de la Salud y CDC de USA: Encuesta Global de Salud Escolar: Resultados-Perú. P41-43. Lima-Perú, 2010.

³⁴ Varela, Jorge y col.: Violencia escolar en educación básica: Evaluación de un instrumento para su medición. Fundación Paz Ciudadana. Santiago de Chile. 2010. En: Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas-DEVIDA: IV Estudio Nacional sobre prevención y consumos de drogas aplicada a estudiantes de secundaria. P73-74. Lima-Perú, 2012.

Exposición al bullying , según sexo y tipo de colegio ³⁵					
Nivel de Exposición	Sexo		Tipo de colegio		Total
	Hombre	Mujer	Público	Privado	
Baja	20.0	21.1	22.2	16.3	20.5
Media	29.4	39.3	32.5	39.1	34.3
Alta	50.6	39.6	45.3	44.6	45.1

Se puede observar por un lado, que la exposición de nivel bajo y medio al bullying es mayor en la mujer, pero el nivel de exposición alta recae en los adolescentes varones. La exposición más baja y de nivel medio es mayor en los colegios privados; y la exposición de nivel alto se encuentra en los colegios públicos, pero con un rango bajo de diferencia. De estos resultados se puede colegir, que el nivel de exposición al bullying es alta, tanto en los colegios públicos como privados.

Prevalencia de año de consumo de drogas según escala de exposición al bullying en la escuela				
Tipo de droga	Nivel de exposición al bullying			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Drogas legales	14.5	20.8	29.2	23.3
Alcohol	11.5	17.7	24.9	19.7
Tabaco	8.2	10.4	16.5	12.8
Drogas ilegales	2.5	2.2	5.2	3.8
Marihuana	1.2	1.3	3.0	2.2
Cocaína	0.6	0.4	1.2	0.9
PBC	0.8	0.5	1.1	0.9
Éxtasis	0.7	0.4	1.4	1.0
Inhalantes	0.5	0.6	1.9	1.2
Drogas médicas	2.3	2.0	4.3	3.2
Tranquilizantes	1.6	1.4	3.2	2.3
Estimulantes	1.2	0.8	2.0	1.5

³⁵ Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas- DEVIDA: IV Estudio Nacional sobre prevención y consumos de drogas aplicada a estudiantes de estudios secundarios en el 2012. P75. Lima, 2013.

Los datos de la segunda tabla, indican que, mientras más alta es la exposición al bullying, mayor es la prevalencia de consumo de drogas en escolares. Dentro de éstas, el consumo de alcohol es la más frecuente. El fácil acceso a esta droga legal facilita el consumo.

Los datos presentados en ambas tablas reflejan, por un lado, que la exposición al bullying es alta tanto en los colegios públicos y privados (45.1%) y que a mayor exposición al bullying, también es mayor la prevalencia del consumo de drogas en escolares.

Estos indicadores dan cuenta de que una parte importante de las familias no están cumpliendo con sus funciones esenciales. Del mismo modo, el Estado no genera las condiciones suficientes para contribuir al cumplimiento de las mismas.

II.SEGUNDO CAPÍTULO

EL MODELO ECOLÓGICO EN LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA FAMILIAS FUERTES: AMOR Y LÍMITES

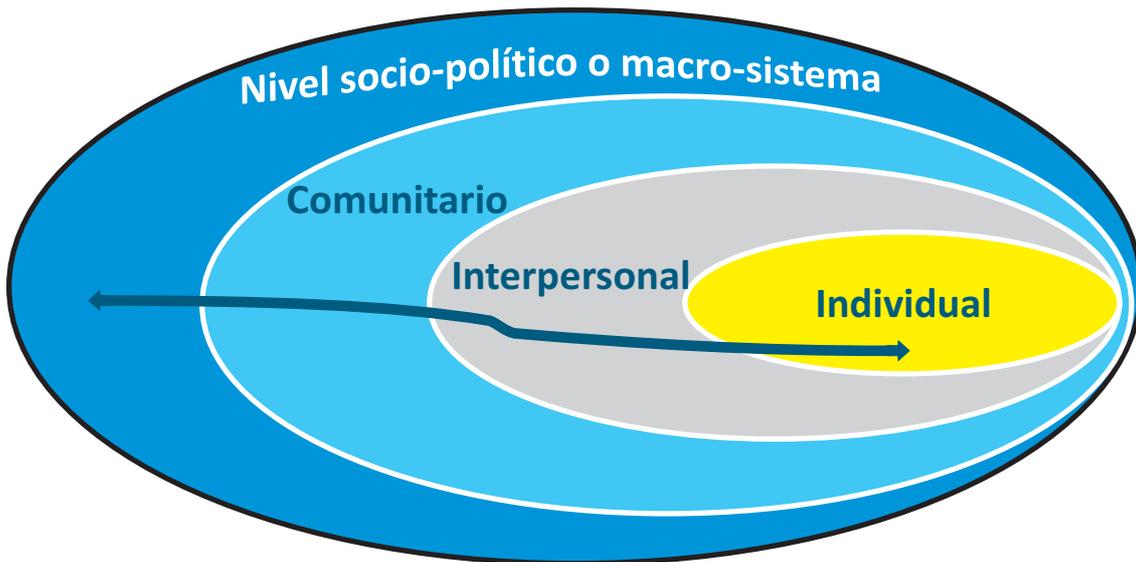


Diagrama de abordaje del Modelo Ecológico con sus 4 Sub-sistemas

2. EL MODELO ECOLÓGICO

Este modelo fue desarrollado por Uwe Bronfenbrenner (1979), para entender el desarrollo humano sistémicamente, cuya centralidad recae en la persona.³⁶ Se fundamenta en la relación dinámica y circular que existe entre la persona y su medio ambiente familiar, comunitario y social. Esta relación es transformadora. La persona es impactada por el medio adoptando conductas estereotipadas y modeladas. Y la persona a su vez, puede contribuir a modificar el medio, contribuyendo al cambio de patrones, estilos de vida y entornos. Es un proceso dinámico y circular.

Este abordaje permite mirar los fenómenos sociales desde una perspectiva de factores determinantes estructurales que influyen nocivamente y son conocidos como predisponentes o distales. Los factores de riesgo que operan más a nivel comunitario se los reconoce como facilitadores o contextuales. Los factores de riesgo que operan a nivel familiar son llamados reforzadores o proximales.

³⁶ Bronfenbrenner, Uwe: El modelo ecológico y el de desarrollo humano. Pp. 22-27. España, 1982.

Empero, en los tres niveles ecológicos operan factores protectores que impactan positivamente en las personas, sus familias y comunidad.

Ciertamente, todo este engranaje de determinantes con sus respectivos factores protectores es susceptible de predecir el impacto en la conducta individual, familiar, comunitaria y social. Los factores socio-políticos y los factores individuales son determinantes que actúan dinámicamente en la conducta transformándose recíprocamente. En cambio, los factores del nivel interpersonal y comunitario constituyen principalmente, factores de riesgo de acuerdo a cómo se oriente la conducta.

El sentido de este documento es en realidad proveer información basada en evidencias para potenciar los factores protectores y aumentar el empoderamiento familiar y su capacidad resiliente, desde la perspectiva del abordaje ecológico.

El modelo ecológico es un **Sistema** dividido a su vez en 4 sub sistemas:

- 1. Socio-Político (Macro-sistema):** A este nivel operan los **factores predisponentes o distales**. Se trata de un **entramado de determinantes sociales**. Representa el mundo de las ideas, de las representaciones sociales, las raíces étnicas. Se trata del imaginario social acerca de lo que es el mundo, ser hombre y ser mujer. Se trata del nivel más amplio de la sociedad como la globalización, la cultura, el modelo económico, las relaciones de poder, la política, las desigualdades y exclusión social; la religión, los sistemas de valores, la anomia, la identidad o sentido de pertenencia nacional, el crecimiento demográfico, la migración interna e internacional, los medios de comunicación, los entornos sociales, el narcotráfico, el terrorismo, entre las de mayor impacto. A este nivel se construyen las valoraciones sociales sobre lo bueno y lo malo, lo prevenible y riesgoso, lo sano e insano; lo ético e inmoral; las construcciones sociales de género, estratificación social y etnia. Todo esto se operacionaliza a través de la cultura y las familias. Entre estos factores determinantes, la comunidad y las familias existe una interacción dinámica permanente, de retroalimentación y transformación recíproca.

Como resultado de esta interacción dinámica se desprende un conjunto de **efectos** como: la invisibilización social, las desigualdades, la falta de oportunidades, la existencia de chivos expiatorios sociales como lo son los y las adolescentes y jóvenes; la violencia estructural y descomposición social, la pérdida de valores, confianza y desesperanza; la falta de compromiso social y éxito sin esfuerzo, el desarraigo entre las consecuencias de mayor relevancia.

Sin embargo, para efectos de la aplicación del programa Familias Fuertes no se desarrollan en este documento las teorías relacionadas al subsistema socio-político, dado que el programa no está orientado a este nivel.

2. **Comunitario (Meso-sistema):** A este nivel operan los **factores facilitadores o contextuales**. Está representado por la comunidad, la sectorialidad, la territorialidad y la institucionalidad. Se trata del contexto comunitario en que se insertan las familias, la escuela, la iglesia, el vecindario, las organizaciones sociales. A este nivel operan factores de riesgo y factores protectores.³⁷

Entre los efectos principales que se desprenden en el nivel comunitario están: la pobreza, desempleo, anomia, accidentes de tránsito, violencia colectiva, bullying, pandillas, hacinamiento, posesión de armas, resolución violenta de conflictos, pornografía y trata, comercio de drogas, homicidios y feminicidios; así como la falta sentido de pertenencia y compromiso comunitario.

Existen a este nivel tres factores protectores clave: la identidad y sentido de pertenencia comunitaria, las normas de convivencia y las redes sociales. En el capítulo de la familia serán abordados con mayor amplitud.

Entre los principales **factores de riesgo** se pueden citar la pobreza, el analfabetismo, el hacinamiento, la migración, generación de ingresos insuficiente y posición social, el desempleo o subempleo y condiciones de trabajo; dificultades en el acceso a la educación, la salud, vivienda y

³⁷ Organización Panamericana de la Salud /OMS-GTZ (ahora GIZ), Baca, María Edith: Determinantes sociales, comunitarios, relacionales e individuales de la violencia que afecta a adolescentes y jóvenes desde el modelo ecológico. Pp25. Lima-Perú, 2008.

saneamiento básico, falta de oportunidades de desarrollo, inseguridad ciudadana, transporte precario e inseguridad vial, falta de espacios y de tiempo para la recreación.³⁸

3. **Interpersonal-familiar (Micro-sistema):** A este nivel operan los **factores reforzadores o proximales**.³⁹ Está conformado por la familia, pareja, y amigos significativos. Se sostiene en los vínculos primarios, marcados por lazos afectivos consanguíneos o no, endogámicos y exogámicos que la persona puede desarrollar en su entorno más directo y cotidiano, en su entorno emocional y afectivo. Todo lo que ocurra en este escenario se convierten en factores de riesgo o factores protectores para el niño, la niña, adolescentes y jóvenes. Las actitudes son las que van a intervenir en las conductas de riesgo o de protección.

Entre los efectos que se derivan de los factores de riesgo que operan a nivel familiar se pueden identificar: La reproducción de modelos violentos, la pérdida de límites y transgresión de las normas; el incesto y abuso sexual, la violencia contra otros, bullying escolar, conductas psicopáticas, falta de sentido de pertenencia y compromiso, aislamiento y desconfianza en los vínculos, falta de participación en grupos de pares y redes; el consumo nocivo de alcohol y/o drogas, la falta de oportunidades o de ganas para enfrentar un proyecto de vida o falta de ganas en la vida misma, los intentos de suicidios y la consumación de estos.

Para prevenir estos efectos confluyen también a este nivel **factores protectores** como los vínculos familiares y amicales que los y las adolescentes puedan establecer, los cuales inciden directamente en la construcción de su identidad. Igualmente, actúan de manera protectora una buena orientación del proceso de socialización y el rol del modelo parental para una crianza efectiva, la calidad de la comunicación, el proceso de individuación, la calidad del vínculo con y entre los padres o cuidadores,

³⁸ Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud, Cooperación Técnica Holandesa y Baca, María Edith: Aproximaciones a la violencia intrafamiliar contra la mujer. Pp14. Lima-Perú, 1998.

³⁹ Organización Panamericana de la Salud /OMS-GTZ (ahora GIZ), Baca, María Edith: Determinantes sociales, comunitarios, relacionales e individuales de la violencia que afecta a adolescentes y jóvenes desde el modelo ecológico. Pp34. Lima-Perú, 2008.

libres de violencia. Estos factores protectores reducen los niveles de vulnerabilidad adolescente.⁴⁰

A este nivel operan también **factores de riesgo** como la violencia entre los padres y figuras significativas, la experiencia temprana de maltrato, la falta de límites y pérdida de sentido de la norma, la falta de involucramiento, permisividad o sobreprotección de padres o cuidadores, los estilos de vida, los cuales pueden verse afectados por deseos e intereses nocivos, así como el colecho, es decir el compartir la cama con los padres, cuidadores o miembros de la familia. El compartir la cama con los hijos e hijas afecta el proceso de individuación de éstos y es un factor de riesgo para la erotización de los vínculos familiares, a una edad en que niños y niñas no pueden comprender lo que pasa.

4. **Individual o personal:** La persona es el centro del Sistema. Comprende a cada miembro de la familia en tanto persona con derechos y deberes. A este nivel encontramos **principalmente factores determinantes o predisponentes** como la carga genética, el desarrollo cerebral y sexual, el proceso de individuación y estructuración de la identidad; la historia personal, antecedentes familiares e historia de los vínculos familiares. También actúan factores de riesgo o protectores como la calidad del afecto y comunicación recibida, las necesidades y deseos, la búsqueda de independencia, autonomía y libertad, el control de impulsos y autorregulación, el manejo de los límites, la valoración de personas significativas.⁴¹

Los efectos a nivel de la persona son múltiples como la condición de víctima o victimario, la pérdida del sentido de la norma, la falta de control de impulsos, la dependencia, afecciones físicas, problemas alimentarios, problemas de aprendizaje, la anulación, daño moral, necesidades de control, la pérdida de confianza y esperanza, la depresión, el bullying y

⁴⁰ Organización Panamericana de la Salud /OMS-GTZ (ahora GIZ), Baca, María Edith: Determinantes sociales, comunitarios, relacionales e individuales de la violencia que afecta a adolescentes y jóvenes desde el modelo ecológico. Pp38-40. Lima-Perú, 2008.

⁴¹ Organización Panamericana de la Salud /OMS-GTZ (ahora GIZ), Baca, María Edith.: Determinantes sociales, comunitarios, relacionales e individuales de la violencia que afecta a adolescentes y jóvenes desde el modelo ecológico. Pp47-48. Lima-Perú, 2008.

suicidio y una gama de adicciones y conductas sexuales de riesgo.⁴²

Empero, se incluye como parte del abordaje ecológico el enfoque de curso de vida, en la medida que permite mirar tanto a las madres y padres como a los adolescentes con lentes transversales, es decir mirar el recorrido de vida de la persona desde sus orígenes, pasando por su adolescencia y adultez.

El enfoque de curso de vida forma parte del abordaje ecológico, al aproximarse a la realidad con una mirada longitudinal sobre la vida y sus etapas. Configura un salto cualitativo desde un enfoque evolutivo a un enfoque inter-relacional, vinculando una etapa con la otra y definiendo factores protectores y de riesgo en el acontecer futuro, en el marco de los determinantes sociales. El curso de vida es un enfoque clave para abordar el desarrollo integral adolescente. Recoge la historia temprana, la carga genética familiar, las condiciones de vida actuales y de manera prospectiva predice la adultez.⁴³

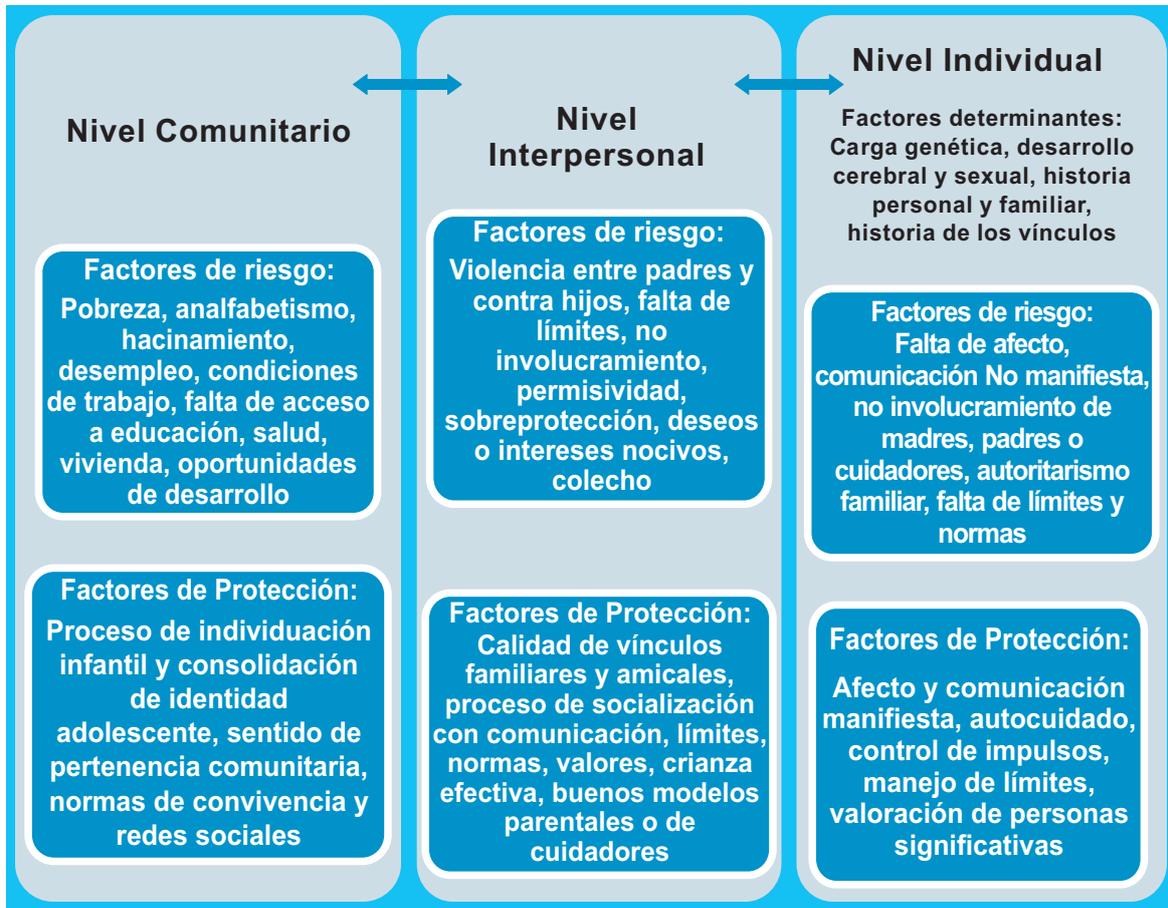
a. IDEAS FUERZA SOBRE EL ABORDAJE ECOLÓGICO

- Identificar factores determinantes, de riesgo y de protección que influyen en las familias y adolescentes en cada nivel del modelo ecológico. El programa de Familias Fuertes no aborda el nivel Sociopolítico.
- También se necesita reconocer los efectos en las familias y adolescentes de la actuación de estos factores cuando se convierten en desventajas.
- El Programa Familias Fuertes es una intervención que tiene un efecto protector y se instala en el nivel interpersonal y nivel comunitario.

⁴² Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud, Cooperación Técnica Holandesa y Baca, María Edith: Aproximaciones a la violencia intrafamiliar contra la mujer. Pp17-88. Lima-Perú, 1998.

⁴³ Organización Panamericana de la Salud, Maddaleno, Matilde. Proyecto Curso de Vida Saludable Familia y Comunidad. WDC, 2011.

Resumen de los factores determinantes, de riesgo y protección desde el modelo ecológico:



III TERCER CAPÍTULO

3. LAS TEORÍAS PARA EL CAMBIO DE LA CONDUCTA

Usar teorías orientadas al cambio de la conducta para aplicar eficazmente el Programa Familias Fuertes: Amor y Límites es indispensable para producir el impacto previsto en la aplicación de este programa. Sin el uso de teorías en la aplicación del programa, no es posible alcanzar los resultados para los cuales fue diseñado este. Tampoco se alcanza los resultados previstos si no se respeta la fidelidad del programa, cualquier cambio de añadidos o supresiones en su metodología solo pueden ser realizados por las instituciones que le dieron origen, sobre la base de evidencias recogidas en estudios de impacto.

Las teorías y los modelos son útiles para las etapas de planificación, implementación y evaluación de una intervención, pues a) aportan las herramientas necesarias para identificar qué es lo que deben conocer los planificadores de programas antes de diseñar e implementar un programa de intervención basado en la prevención ; b) ofrecen una idea acerca de cómo seleccionar las intervenciones adecuadas para cada programa, de que lleguen a los adolescentes y logren algún impacto en ellos y en su entorno; y c) ayudan a identificar cuáles son los aspectos que se deben monitorear, medir o comparar en la evaluación de un programa.⁴⁴

Para hablar de las teorías de cambio de la conducta hay que comprender las dimensiones de la misma. Para la Lagache⁴⁵ la conducta es un conjunto de respuestas significativas por las cuales un ser vivo en situación, integra las tensiones que amenazan la unidad de equilibrio del organismo o como el conjunto de operaciones (fisiológicas, motrices, verbales, mentales), por las cuales un organismo en situación, reduce las tensiones que lo motivan y realiza sus posibilidades.

⁴⁴ Organización Panamericana de la Salud, Brienbauer. C y Maddaleno, M. Jóvenes: Opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Publicación Científica y Técnica N° 594. P18. WDC, 2008.

⁴⁵ Bleger, José: Psicología de la Conducta. P 29. Editorial Paidós, 1981. Buenos Aires, 1981.

Para Cole (1999)⁴⁶, la conducta integra en su expresión factores objetivos y subjetivos que tienen como finalidad la satisfacción de necesidades y la integración de la persona, como de ésta al medio en el cual se desenvuelve.

Bleger (1968) identifica tres áreas de la conducta: cuerpo, mente (pensar) y el mundo externo, las cuales funcionan como una unidad. Aunque una predomine, las otras también están implicadas.⁴⁷ De otro lado, Mowrer y Kluckhohn (1975) definen 4 características comunes de toda conducta: a) Es funcional, porque tiene la finalidad de resolver tensiones. b) Implica siempre conflicto y ambivalencia. c) Solo puede ser entendida en función al contexto en que ocurre; d) Tiende a preservar un estado de máxima integración o consistencia interna.⁴⁸

También existen dos marcadores de la conducta. Una es la **actitud** y otra el **rol**. Cole (1999) señala que la actitud tiene a su vez tres componentes dinámicos: afectivo, informativo/cognitivo y axiológico. Este último relacionado con el mundo de los valores que subyacen a las conductas. Del mismo modo, el Informe GAP elaborado por el CDC de Estados Unidos (2001) destaca que para el cambio conductual las intervenciones deben conectar con el nivel emocional, cognitivo y normativo-cultural de las personas.⁴⁹ No hay conducta alguna desprovista de actitudes, incluso algunos postulan que la conducta es en sí misma una actitud frente a estímulos internos y externos.⁵⁰

El rol, como otro marcador clave de la conducta representa la manera particular en que una persona desempeña una función, la persona le imprime su propio estilo. Los roles aprendidos representan el vehículo de las actitudes.⁵¹

Así, para entender la conducta es necesario comprender sus componentes y la manera dinámica del comportamiento de estos. Hasta aquí, se han precisado

⁴⁶ Organización Panamericana de la Salud, Cole, Percy: Grupos de ayuda mutua y violencia intrafamiliar. P23. Lima, 1999.

⁴⁷ Bleger, José: Psicología de la conducta. Pp 33-34. Paidós Psicología Profunda, Buenos Aires, 2007.

⁴⁸ Bleger, José: Psicología de la conducta. P30. Paidós Psicología Profunda, Buenos Aires, 2007.

⁴⁹ Organización Panamericana de la Salud, Brienbauer. C y Maddaleno, M. Jóvenes: Opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Publicación Científica y Técnica N° 594. P192. WDC, 2008.

⁵⁰ Organización Panamericana de la Salud, Cole, Percy: Grupos de ayuda mutua y violencia intrafamiliar. P 24. Lima, 1999.

⁵¹ Organización Panamericana de la Salud, Cole, Percy: Grupos de ayuda mutua y violencia intrafamiliar. P 23. Lima, 1999.

conceptos básicos relacionados con el nivel interno de la conducta.

Un tercer marcador son los determinantes sociales que impactan la conducta como lo son las condiciones de vida, tales como los ingresos, el estrato social, las redes de apoyo social, la educación, el empleo y condiciones laborales, el entorno social y físico, las prácticas personales de la salud y capacidad para enfrentar problemas; el desarrollo infantil saludable o perjudicial, la disponibilidad y calidad de los servicios sanitarios, el género, así como las características culturales entre los principales determinantes externos.

Las evidencias indican que las intervenciones en salud pueden aumentar el conocimiento del adolescente acerca de los riesgos para su salud, pero esta información no es suficiente para cambiar la conducta. Esto significa que a pesar de que adolescentes y jóvenes pueden tener acceso a la información y pueden saber qué comportamientos no son seguros, esto no es suficiente para que ellos cambien su conducta. Esto obedece a que faltan intervenciones que actúen sobre la dimensión emocional-afectiva y axiológica de la conducta.

En síntesis, para el cambio de la conducta todas las teorías necesitan incidir sobre el componente afectivo, cognitivo y axiológico. Si uno no de estos no está presente en la intervención, no es posible predecir cambios positivos en la conducta. De aquí, se puede colegir el impacto del Programa Familias Fuertes sobre las familias que pasaron por la experiencia, respetando la fidelidad de la aplicación. Durante las 7 sesiones se actúa sobre la dimensión afectiva, cognitiva y axiológica.

El concepto de «**cambio de conducta**» ha sido popular en la promoción de la salud y su utilidad es cada vez más reconocida en la prevención de la violencia. Este concepto no solamente describe la transformación desde las conductas que comprometen la salud hacia aquellas que promueven la salud, sino también explica el proceso de cambio para adoptar y mantener nuevas conductas. Por ejemplo, a medida que las y los adolescentes exploran su sexualidad, es importante que adopten prácticas sexuales seguras, de manera que estén preparados cuando inicien su actividad sexual. Así, las **teorías de cambio de la conducta** guían el desarrollo de intervenciones por medio de la

provisión de conceptos que pueden ser utilizados como mensajes clave y estrategias; y ofrece una base para la evaluación programática. Estas teorías son una herramienta que los programadores pueden utilizar para señalar de manera explícita las suposiciones acerca del por qué el programa va a lograr un cambio de la conducta.

El abordaje ecológico está basado en un enfoque sistémico, no obstante las teorías seleccionadas para la aplicación del programa provienen fundamentalmente de un enfoque cognitivo-conductual, aunque incluye teorías sistémicas y dinámicas. El encuadre teórico basado en esta diversidad de enfoques tiene que ver con la multidimensionalidad de factores implicados en la conducta individual, interpersonal, comunitaria y social; que exige tomar con rigurosidad de cada enfoque las teorías que puedan ser de mayor utilidad en la aplicación del programa, como las que se presentan en el cuadro siguiente:

<p>Teorías del Nivel Individual</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acción Razonada y planeación de la conducta 2. Teoría de Autorregulación 3. Modelo Transteórico de Estados del Cambio de Conducta 4. Establecimiento de Metas 5. Teoría de Manejo del Estrés 6. Teoría de Búsqueda de Sensaciones
<p>Teorías del Nivel Interpersonal</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Modelos de Crianza 2. Social Cognitiva 3. Redes Sociales y Apoyo social 4. Resiliencia 5. Vínculo 6. Conflicto 7. Atribución
<p>Teorías del Nivel Comunitario</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Modelos de Organización Comunitaria 2. Teoría de Difusión de la Innovación 3. Modelo de Comunicación para Cambio de Conducta (CCC) 4. Modelo de Cambio Organizacional 5. Estrategia de Mercadeo Social
<p>Teorías Nivel Sociopolítico</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Modelos de Políticas Públicas, Legislación y Agenda Pública.

Las teorías para el cambio de la conducta que aquí se presentan han sido trabajadas en dos publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud, a través de Brienbauer. C y Maddaleno, M. en la publicación sobre Jóvenes: Opciones y Cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes (2008); y por la publicación: Construyendo capacidades para la prevención de violencia que afecta a Jóvenes: Teorías para promover el cambio de la conducta.

Del cuadro presentado, se han seleccionado algunas teorías en solo tres de los subsistemas del modelo ecológico: individual, interpersonal y comunitario. El desarrollo de cada una de estas comprenden: ¿Qué postula?, ¿Cómo funciona? y ¿Cómo se aplica?:

3.1. Teorías del nivel individual⁵²

De las seis teorías identificadas, se ha seleccionado cinco, por ser las de mayor uso y facilidad de aplicación.

Teorías seleccionadas a nivel individual para el cambio de la conducta

1. Teoría de Autorregulación
2. Modelo Transteórico de Estados del Cambio de Conducta
3. Establecimiento de Metas
4. Teoría de Manejo del Estrés
5. Teoría de Búsqueda de Sensaciones

⁵² Organización Panamericana de la Salud, Brienbauer. C y Maddaleno, M. Jóvenes: Opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Publicación Científica y Técnica N° 594. Pp.51- 64, 80-107. WDC, 2008. Y Organización Panamericana de la Salud- GTZ (ahora GIZ): Construyendo capacidades para la prevención de violencia que afecta a Jóvenes: Teorías para promover el cambio de la conducta. Pp.23. TEACH VIP YOUTH. Lima, 2008.

3.1.1. Teoría de la Autorregulación

¿Qué postula?

- **La autorregulación** es un proceso dinámico orientado a definir y lograr metas de salud o de desarrollo y está determinado por factores biológicos y factores ambientales.
- Se trata de la forma cómo las personas pueden corregir sus propias conductas de riesgo. La capacidad de autorregulación aumenta con la edad, a medida que el lóbulo pre frontal del cerebro se desarrolla, es una habilidad que se aprende paulatinamente durante la adolescencia.⁵³
- Debido a las diferencias biológicas y ambientales, algunos adolescentes adquieren la capacidad de autorregularse con mayor facilidad que otros. Esta se asocia con menor uso de sustancias y mejor rendimiento.

¿Cómo funciona?

La autorregulación se concreta cuando una persona es capaz de monitorear su propio repertorio de conductas, utilizando señales y retroalimentaciones del mundo exterior. Esto requiere de capacidades y habilidades para el establecimiento de metas, capacidad de automotivación y autodirección para alcanzar las mismas. Asimismo, se necesita de una capacidad para la autoevaluación de los errores, las debilidades y los obstáculos.⁵⁴

Es en la adolescencia que se desarrolla la habilidad de autorregulación. Durante la pre-adolescencia, entre los 9 y los 12 años, es normal escuchar a los adolescentes quejarse de que están aburridos. La razón es que la necesidad de buscar sensaciones intensas aumenta durante el período preadolescente, al tiempo que crecen las habilidades cognitivas, verbales, motoras y sociales del desarrollo. En sentido inverso opera, la falta de total independencia respecto a sus padres, docentes y otros adultos limitando la capacidad de los adolescentes de reaccionar ante estos estímulos sensoriales tan plena e intensamente como ellos quisieran.

⁵³ Muss, R. E.: Theories of Adolescence. Edición N°6. McGraw-Hill. Nueva York, 1996.

⁵⁴ Bartholomew y colaboradores: Intervention Mapping: Designing Theory and Evidence Based Health Promotion Programs. Mountain View: Mayfield Publishing Company. 2001

En algunos casos, particularmente en el de los preadolescentes, cuando la búsqueda de sensaciones se combina con otros rasgos o experiencias afectivas negativos como la falta de una socialización positiva, la situación puede derivar en un estilo de vida que compromete la salud y desarrollo adolescente.

Pasos del proceso autorregulación:

1. El modelo autoregulatorio de los padres. Ellos son el ejemplo.
2. La identificación de una conducta específica
3. El establecimiento de metas
4. La evaluación de la respuesta recibida acerca de la realización de la conducta.
5. El cambio de conducta según la evaluación de la respuesta.

Funciones ejecutivas necesarias para la autorregulación:

- **Inhibición de conducta:** La habilidad de inhibir una respuesta y retrasar la gratificación inmediata.
- **Memoria trabajadora:** El recuerdo de información o experiencias que permitan poder usar esta memoria para resolver un problema.
- **Internalización de diálogo:** La habilidad de tener una conversación interna reflexiva para resolver un problema en vez de reaccionar por impulso.
- **Sistema de evaluación:** La evaluación de eventos que han sucedido en el pasado y su aplicabilidad a la creación de un futuro hipotético.

¿Cómo se aplica?

- Es necesario que las habilidades de autorregulación sean adquiridas durante las etapas de desarrollo que coinciden con la pre-adolescencia y la adolescencia temprana, para prevenir conductas de riesgo asociadas con la falta de autorregulación. Por ejemplo, los varones que desarrollan la capacidad

de autorregulación regulan mejor la tendencia al acoso sexual, la coerción sexual y la violencia contra las mujeres.

- Los hombres adolescentes tienen más dificultad en autorregulación que las mujeres adolescentes.
- Mauricio Rubio (2006), consultor del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) e investigador de la Universidad Externado de Colombia, midió el concepto de autorregulación utilizando encuestas de auto reporte referidas a la asociación entre el autocontrol y el hecho de ser miembro de una pandilla. El estudio se realizó en Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana.
- Como resultado de este estudio, Rubio sugiere que hay una falta de disciplina y autorregulación entre estos adolescentes y jóvenes, y que el delito es una vía rápida para obtener lo que desean.
- En su evaluación, se construyó un índice de autocontrol usando indicadores de uso de tabaco, alcohol, drogas, sexo y propensión a salir de noche.⁵⁵

Los resultados de las encuestas indicaron que:

- ✓ En todos los niveles económicos, las mujeres, estudiantes y no escolarizadas, tienen más autocontrol que sus contrapartes masculinos; y hay un patrón consistente que atraviesa los niveles de estratos socioeconómico.
- ✓ Tanto entre los estudiantes como entre los no escolarizados de todos los niveles económicos, los pandilleros tienen menos autocontrol.
- ✓ En ambos sexos, el autocontrol tiene una asociación negativa con el abuso sexual, la presencia de medio hermano-s, las peleas frecuentes, el hecho de que la madre sea maltratada y la falta de educación de la madre.
- ✓ El lugar donde el joven vive y el hecho de que viva con la madre o el padre tienen una asociación positiva con el autocontrol.
- ✓ El nivel de autocontrol tiene una asociación inversa con el número de infracciones informadas. Se ve un patrón similar entre los estudiantes y los no escolarizados en la relación entre el aumento en número de infracciones cometidas y la disminución del autocontrol.

⁵⁵ En: Organización Panamericana de la Salud- GTZ (ahora GIZ): Construyendo capacidades para la prevención de violencia que afecta a Jóvenes: Teorías para promover el cambio de la conducta. Pp.23. TEACH VIP YOUTH. Lima, 2008.

- ✓ Los varones preadolescentes necesitan una intervención activa que les ofrezca una nueva conceptualización de la masculinidad caracterizada por no promover una búsqueda de sensaciones que conduzca a conductas no saludables.

Ideas Fuerza de la Teoría de la Autorregulación

1. Un buen autocontrol de la conducta es un factor protector que favorece un mejor desempeño escolar y tiene efectos directos en la reducción del consumo de drogas legales e ilegales en los adolescentes.
2. En la autorregulación influye la historia de éxitos y fracasos, el manejo de la acumulación de frustraciones, el tipo de fuente del estrés y el manejo de este, así como el establecimiento de metas y de propósito en la vida.

3.1.2. Modelo Transteórico de Estados del Cambio de Conducta

¿Qué postula?

- Este modelo utiliza las etapas de cambio para integrar procesos y principios de cambio de las diferentes teorías de intervención más importantes. De aquí surge el término Transteórico.⁵⁶
- Surgió de un análisis comparativo de las teorías de psicoterapia y de las teorías de cambio de conducta más utilizadas, realizado por Prochaska (1979). En el análisis comparativo se identificaron 10 procesos de cambio entre estas teorías.
- La **premisa básica** del modelo es que el cambio de conducta no es un evento, sino un proceso, y que dentro de ese proceso el individuo pasa por cinco o seis **etapas** diferentes. Se utilizan varios procesos para pasar de una etapa a la otra. El proceso no siempre es lineal. Implica una disminución aproximada de 50% de los obstáculos percibidos.

⁵⁶ Diclemente y Prochaska, 1982, Prochaska, 1979: En: Organización Panamericana de la Salud, Brienbauer. C y Maddaleno, M. Jóvenes: Opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Publicación Científica y Técnica N° 594 P.51. WDC, 2008.

¿Cómo funciona?

La persona pasa por un proceso de transición para el cambio de la conducta marcado por las etapas siguientes:⁵⁷

- 1. Pre-contemplación:** Las personas no tienen intención de tomar acciones para cambiar su conducta en el futuro predecible, normalmente considerado como los próximos seis meses. Las personas pueden estar en esta etapa porque no están informadas o suficientemente informadas sobre las consecuencias de su conducta, o porque en el pasado han tratado de cambiar varias veces y están desmoralizadas respecto de su capacidad para lograrlo; o porque simplemente tienen miedo a enfrentar el cambio.
- 2. Contemplación:** Las personas ya se han dado cuenta de las ventajas de cambiar de conducta, pero también han identificado con claridad las desventajas. Este equilibrio entre el costo y los beneficios de cambiar produce conflictos y ambivalencia que puede mantener a las personas ancladas en una etapa durante largos períodos. En esta etapa se da una auto reevaluación, autoeficacia y apoyo social. Está marcada por una perspectiva para la toma de decisiones, adaptación de los tiempos, focalización en los factores claves, motivación a una nueva conducta; así como por una persuasión sobre los resultados positivos y el modelaje de conductas saludables.
- 3. Preparación:** Las personas tienen la intención de tomar un curso de acción en el futuro inmediato, considerado en general, como el mes siguiente. Normalmente, ya han dado algunos pasos significativos durante el año anterior. Estos individuos tienen un plan de acción. Se puede percibir un proceso de auto liberación, establecimiento de metas, perfeccionamiento de las habilidades y afrontamiento de los obstáculos.
- 4. Acción:** Las personas han introducido modificaciones específicas y manifiestas en los estilos de vida en los seis meses previos. Los padres de adolescentes pueden promover el cuidado, la confianza, la aceptación, así como el apoyo para el cambio de conducta. Es posible aprender conductas saludables que pueden reemplazar las conductas problemáticas. Se necesita prever las consecuencias de tomar decisiones. Remover recuerdos o estímulos para realizar la conducta negativa y reemplazarlos con recuerdos o estímulos para la

⁵⁷ Prochaska, J. O. *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*. Pacific Grove: Brooks-Cole, 1979.

nueva conducta saludable. Así en esta etapa, las normas sociales cambian en dirección de apoyar conductas saludables.

5. **Mantenimiento:** Las personas esperan evitar recaídas, están menos tentadas de recaer y cada vez más confiadas en que pueden asumir cambios. Se calcula que esta etapa dura entre seis meses y alrededor de cinco años.
6. **Culminación** que se aplica a algunas conductas, en especial a las relacionadas con las adicciones. En esta etapa las personas no experimentan tentaciones y disfrutan de una autoeficacia completa.

¿Cómo se aplica?

Este modelo ayuda a evaluar la eficacia de las intervenciones al contribuir a identificar patrones de conducta de base, por etapas, así como a describir los procesos que se deberían seguir para impulsar una intervención en promoción de la salud, con el fin de lograr el cambio de conducta y el avance hacia la etapa siguiente.

La existencia de **relaciones de apoyo**, de redes comunitarias, familiares o de amigos, es potencialmente uno de los elementos más importantes para promover el cambio de conducta en adolescentes.

Los y las adolescentes adoptarán nuevas conductas saludables si satisfacen las necesidades que la conducta no saludable cumple, por ejemplo; la necesidad de experimentar sensaciones intensas, de vivir situaciones nuevas, de hacerse parte de un grupo social. Se sentirán más motivados por los refuerzos para cambiar su conducta. Necesitan espacios para abordar sus experiencias y valorar nuevas formas de ver y reaccionar.

Promover grupos de apoyo y contar con personas que asumen rol de “**mentor**” son dos formas de aplicación que las evidencias señalan como efectivas en el cambio. Igualmente, existen otros **mecanismos** que impactan el cambio de conducta: **Los medios de comunicación**. Por ejemplo la televisión, videos, carteleros influyen sobre todo en las etapas de pre-contemplación, contemplación y preparación. **Los métodos de diseminación interpersonales** como cursos, chequeos de salud, grupos de apoyo, programas de asistencia a estudiantes son efectivos para influir en la

preparación y la acción.

Los métodos de diseminación ambientales: Comprenden la interacción con los pares, el aprendizaje del modelo parental, políticas, legislación. Estos son efectivos para influir en los adolescentes durante las etapas de acción y mantenimiento.

Idea Fuerza: Modelo Transteórica de Cambio de Estados de la Conducta:

1. El cambio de la conducta es multietápica. Identifica patrones de conducta iniciales por etapas y va describiendo los procesos de cambio necesarios para pasar a la etapa siguiente.
2. Ayuda a evaluar la eficacia de las intervenciones.
3. El apoyo de un mentor o una red, facilita el proceso de cambio.

3.1.3. Teoría del Establecimiento de Metas

¿Qué postula?

- La conducta se manifiesta cuando se espera que sirva para alcanzar un objetivo, una necesidad, para proyectarse hacia el futuro.
- Orientar la conducta hacia objetivos personales aporta en la consolidación del desarrollo de la identidad adolescente, a construir un ideal del Yo. Los ayuda a organizar sus sueños y a definir acciones en función a estos.
- Los motiva y prepara para enfrentar desafíos y los conecta con sus necesidades de competencia, y a prevenir patrones de conducta de riesgo.

¿Cómo funciona?

Locke y Latham (1991) sostienen que el establecimiento de una meta difícil, pero factible mejora el desempeño que una meta fácil o la ausencia de metas.⁵⁸ La sensación del desafío motiva y refuerza la orientación hacia nuevas metas, siempre que las planteadas hayan sido factibles de alcanzar. Esta teoría ha demostrado que las y los adolescentes que se dirigen hacia una conducta

⁵⁸ En: Organización Panamericana de la Salud, Brienbauer. C y Maddaleno, M. Jóvenes: Opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Publicación Científica y Técnica N° 594. P.81. WDC, 2008.

planeada, tienden a mejorar más que los que no lo hacen.⁵⁹

¿Cómo se aplica?

- Facilitar en los y las adolescentes el fijarse objetivos personales los motiva a cambiar patrones de conducta de riesgo. La conducta comenzará solo si se espera que responda a un objetivo muy valorado por el adolescente.
- El fomentar el establecimiento de metas debe empezar desde la pre-adolescencia y adolescencia inicial. Se debe tomar en cuenta el margen de fracaso que se puede obtener debido a que precisamente, la zona frontal del cerebro que regula la planificación, las funciones ejecutivas y control de impulsos recién termina de desarrollarse a los 20-21 años de edad.
- Un objetivo o meta debe basarse en una conducta específica y medible.
- El establecimiento de metas puede ser ineficaz y puede producir mucha frustración si la tarea es demasiado compleja.
- Los educadores en salud deben promover un número cada vez mayor de objetivos menos importantes, que se orienten al objetivo principal. Además de usar esta gradualidad, se deben aconsejar estrategias para alcanzarlo.
- Es necesario el apoyo social para el logro de objetivos en el cambio de la conducta y establecimiento de metas para la vida.

Idea Fuerza de la Teoría del Establecimiento de Metas:

1. Orientar la conducta hacia objetivos personales contribuye a la consolidación del desarrollo de la identidad adolescente
2. El tener objetivos personales motiva a las personas a cambiar patrones de conductas hacia otras más saludables.
3. El tener objetivos y metas en la conducta desde la pre-adolescencia constituyen un factor protector del consumo de drogas legales e ilegales.
4. Tener presente que el nivel frontal del cerebro aún concluye a los 20 años de edad, el área que justamente controla las funciones ejecutivas y planificadoras y por lo tanto en la pre-adolescencia y adolescencia no han madurado lo suficiente. No es posible presionarlos con exigencias que superen esta madurez cerebral.

⁵⁹ En: Organización Panamericana de la Salud, Brienbauer. C y Maddaleno, M. Jóvenes: Opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Publicación Científica y Técnica N° 594. P.82. WDC, 2008.

3.1.4. Teoría del Manejo del Estrés

¿Qué postula?

- El **estrés** es un estado desagradable de estimulación que ocurre cuando las personas perciben que un suceso o una condición amenazan su habilidad para afrontar la situación cómoda y eficazmente.⁶⁰
- La ansiedad es la materia prima sobre la que se sostiene el estrés.
- No obstante, se necesita de la ansiedad como fuente de vida que ayuda a enfrentar el día a día de manera constructiva y motivadora.
- Postula que el entendimiento de los orígenes del estrés es esencial para aprender a solucionar los problemas, promover y proteger la salud; así como ayuda en la protección frente a los distintos estresores de la vida mediante **mecanismos de adaptación**.

¿Cómo funciona?

Contribuye a definir el camino por el que las personas y adolescentes quieren transitar. Un nivel moderado de estrés es beneficioso para enfrentar la vida con vitalidad y está presente en todas las situaciones de la vida. Empero, la adolescencia es uno de los períodos más estresantes del curso de la vida. Aumenta más en la pre y temprana adolescencia sobre todo en las mujeres. Para ello, es necesario evaluar el estado del estrés a través de sus fuentes.

Fuentes mayores: Son cambios pronunciados en la vida (duelos por pérdidas de personas significativas, abandonos, moverse de escuela, ciudad o país, separación de los padres, conflictos familiares y maltrato físico y abuso sexual).

Fuentes menores como el estrés diario. Se trata de pequeñas frustraciones y enojos tales como disgustos con profesores, exámenes escolares, competencias entre pares, desencuentros con miembros de la familia.

¿Cómo se aplica?

En particular se aplica para prevenir la violencia que afecta a adolescentes y jóvenes, en particular la violencia auto-infligida, como el consumo de drogas

⁶⁰ Smith, C y B.E. Carlson: Stress, Coping, and Resilience in Children and Youth. Social Service Review, 1997. En: Organización Panamericana de la Salud, Brienbauer. C y Maddaleno, M. Jóvenes: Opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Publicación Científica y Técnica N° 594. P159. WDC, 2008.

legales e ilegales y el suicidio, pero también la depresión. Se aplica siguiendo una ruta marcada por los pasos siguientes:

- a. **Evaluación primaria:** La persona evalúa la intensidad del hecho. Se centra en los rasgos de la situación estresante.
- b. **Evaluación secundaria:** La persona examina los recursos para responder al evento.
- c. **Determinar mecanismos de adaptación** propios de cada adolescente.
- d. **Adaptación a la situación** estresante usando recursos para superar o evitar los elementos nocivos.

Las evidencias indican que los mecanismos saludables de adaptación fortalecen el desarrollo del adolescente y que existe una asociación entre mecanismos de evasión del estrés-resolución del problema con conductas de riesgo; así como mecanismos de enfrentamiento del estrés-problema con conductas saludables en adolescentes mujeres (16 años). Ambas evaluaciones deben estar orientadas a diseñar estrategias para enfrentar situaciones difíciles enfocadas en: las emociones, los problemas, el significado del suceso estresante, una revaloración positiva de los sucesos, que permita identificar los aspectos buenos de la experiencia y orientar la atención en los componentes positivos de hechos estresantes cotidianos.

Ideas Fuerza de la Teoría del Manejo del Estrés

- **La ansiedad es la materia prima del estrés.** Cuando la ansiedad es desbordante abre paso al estrés, pero cuando el monto de ansiedad es regulable, entonces se convierte en una fuente motivadora de vida, de adaptación y de capacidad de logro de las personas y adolescentes.
- **La adolescencia es la etapa más estresante del curso de vida**
- La valoración primaria y secundaria del suceso estresante son influenciadas por la dimensión emocional de la vida adolescente.
- Los adolescentes que responden a los sucesos estresantes con negación, obtienen peores resultados, pero aquellos que tienen capacidad de hacerles frente y buscar darle un cauce, pueden lograr una mejor adaptación.

3.1.5. Teoría de la Búsqueda de Sensaciones⁶¹

¿Qué postula?

- La búsqueda de sensaciones es un rasgo normal de la personalidad, su objetivo final es aumentar la estimulación y búsqueda del placer.
- En la pre-adolescencia aumenta la búsqueda de sensaciones intensas y esto los confronta con la supervisión y control de los padres, cuidadores o maestros que les ponen límite a la necesidad intensa de explorar y sentir. No obstante, actúa como factor protector el hecho de que a la vez crecen las habilidades cognitivas de los adolescentes, que le ponen freno interno a esta tendencia de búsqueda de sensaciones.
- La idea de «**novedad**» presupone que la situación no se ha experimentado antes. Describe la tendencia a buscar experiencias nuevas, variadas, complejas e intensas y la disposición a enfrentar riesgos solamente por satisfacción. La necesidad de complejidad en el estímulo y en desafíos cognitivos es un rasgo sobresaliente de la búsqueda de sensaciones.

¿Cómo funciona?

Esta teoría permite la identificación de características relacionadas con el temperamento en los adolescentes. Así, el temperamento es clave en determinar la conducta. Algunos expertos, reconocen el vínculo biológico que éste tiene, empero, enfatizan el papel de la socialización en determinar algunos componentes del temperamento. Éste está asociado a la agresión y conductas violentas. Uno de los determinantes del temperamento es la tendencia a aproximarse o alejarse frente a nuevos estímulos que dependen de:

- **La búsqueda de sensaciones** :La tendencia optimista a acercarse a un nuevo estímulo.
- **La impulsividad**: Un estilo rápido de toma de decisiones al enfrentar un estímulo.
- **La sociabilidad**: La tendencia para acercarse a otras personas conocidas o extrañas en situaciones sociales, con pocas reservas o con ninguna. Las

⁶¹ Organización Panamericana de la Salud- GTZ (ahora GIZ): Construyendo capacidades para la prevención de violencia que afecta a Jóvenes: Teorías para promover el cambio de la conducta. Pp.24 -26. TEACH VIP YOUTH. Lima, 2008.

personas con poca sociabilidad tienden a alejarse cuando los estímulos son demasiado novedosos o el desenlace es demasiado incierto.

¿Cómo se aplica?

- Adolescentes de alto nivel de búsqueda de sensaciones necesitan mensajes de alto estímulo.
- En preadolescentes, la tendencia a la alta búsqueda de sensaciones asociadas con características o experiencias afectivas negativas (por ejemplo falta de una socialización positiva), pueden resultar en conductas no saludables.
- Tener presente que el nivel de búsqueda de sensaciones varía durante la adolescencia.
- Si se determina que la población objetivo presenta una alta búsqueda de sensaciones, se debe señalar a los diseñadores de programas que las estrategias dirigidas a este sector deben cubrir sus necesidades e intereses de experimentar sensaciones intensas, pues de lo contrario no tendrán éxito.
- Es necesario tener cuidado en no etiquetar a los adolescentes y jóvenes, pues este etiquetado contribuye con la tendencia a colocarlos como chivos expiatorios.

Ideas Fuerza de la Teoría de Búsqueda de Sensaciones ⁶²

- La búsqueda de sensaciones es un rasgo que describe la tendencia a buscar experiencias nuevas, variadas, complejas e intensas; y la disposición de enfrentar riesgos solamente por la satisfacción.
- Adolescentes de alto nivel de búsqueda de sensaciones necesitan mensajes de alto estímulo.
- Los adolescentes cuya puntuación de búsqueda de sensaciones es alta, están en una situación de riesgo mucho mayor de adherirse al consumo de drogas legales e ilegales.

⁶² Organización Panamericana de la Salud, Brienbauer, C y Maddaleno, M. Jóvenes: Opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Publicación Científica y Técnica N° 594. P99. WDC, 2008.

3.2. TEORÍAS DEL NIVEL INTERPERSONAL ⁶³

Teorías seleccionadas a nivel interpersonal para el cambio de la conducta

1. Modelos de Crianza Efectiva
2. Social Cognitiva
3. Redes Sociales y Apoyo social
4. Resiliencia
5. Vínculo
6. Conflicto

3.2.1. Teoría de Modelos de Crianza Efectiva

¿Qué postula?

- Los modelos de crianza están basados en conceptos de estilos de demanda y atención. Predice que del cruce entre estilos de alta demanda y alta atención resulta el **Modelo de Autoridad** que es el modelo más protector y eficaz.
- Clasifica en cuatro los estilos de crianza:
 - a. **Autoridad:** Significa alta demanda y alta atención. Es el modelo más eficaz. Se caracteriza por padres involucrados, con capacidad de respuesta inmediata, con un nivel de exigencia, en donde se combina, la calidez, la firmeza y la justicia. Fomenta los límites sin violencia.
 - b. **Permisivo:** Representa una alta atención y poca demanda. Este modelo es menos eficaz, puede ser cálido y exigente, pero no coloca límites a la conducta.
 - c. **Autoritario:** Se basa en una alta demanda y poca atención. Este modelo en la crianza no es eficaz. Provoca la necesidad de transgresión de la conducta. Es un modelo dominante, exigente y castigador. Usa la violencia. Los hijos no se sienten valorados, ni queridos, ni confiados, pero además se sienten culpables.
 - d. **No involucrado:** Se caracteriza por la poca demanda y la poca atención. Este es un modelo ausente, no responde, no se involucra, no es exigente ni firme. Con este modelo los hijos no se sienten valorados ni queridos.

⁶³Organización Panamericana de la Salud, Brienbauer. C y Maddaleno, M. Jóvenes: Opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Publicación Científica y Técnica N° 594. . Pp. 109-175. WDC, 2008. Y Organización Panamericana de la Salud-GTZ (ahora GIZ): Construyendo capacidades para la prevención de violencia que afecta a Jóvenes: Teorías para promover el cambio de la conducta. Pp.3048. TEACH VIP YOUTH, Lima-Perú, 2008.

¿Cómo funciona?

Los estilos de crianza mostrados pueden verse afectados por limitaciones del entorno, como el estrés económico, la pobreza y exclusión social. Los estudios muestran que los padres con estrés económico se involucran menos en la vida de sus hijos, son menos vigilantes, más rudos en su trato, tienden más a la depresión, están más enredados en conflictos de pareja y son menos coherentes en sus métodos disciplinarios, que aquellos cuya situación económica es estable.⁶⁴ En estas circunstancias, los adolescentes presentan mayores problemas de ansiedad, depresión y conducta violenta, así como un menor rendimiento escolar.⁶⁵

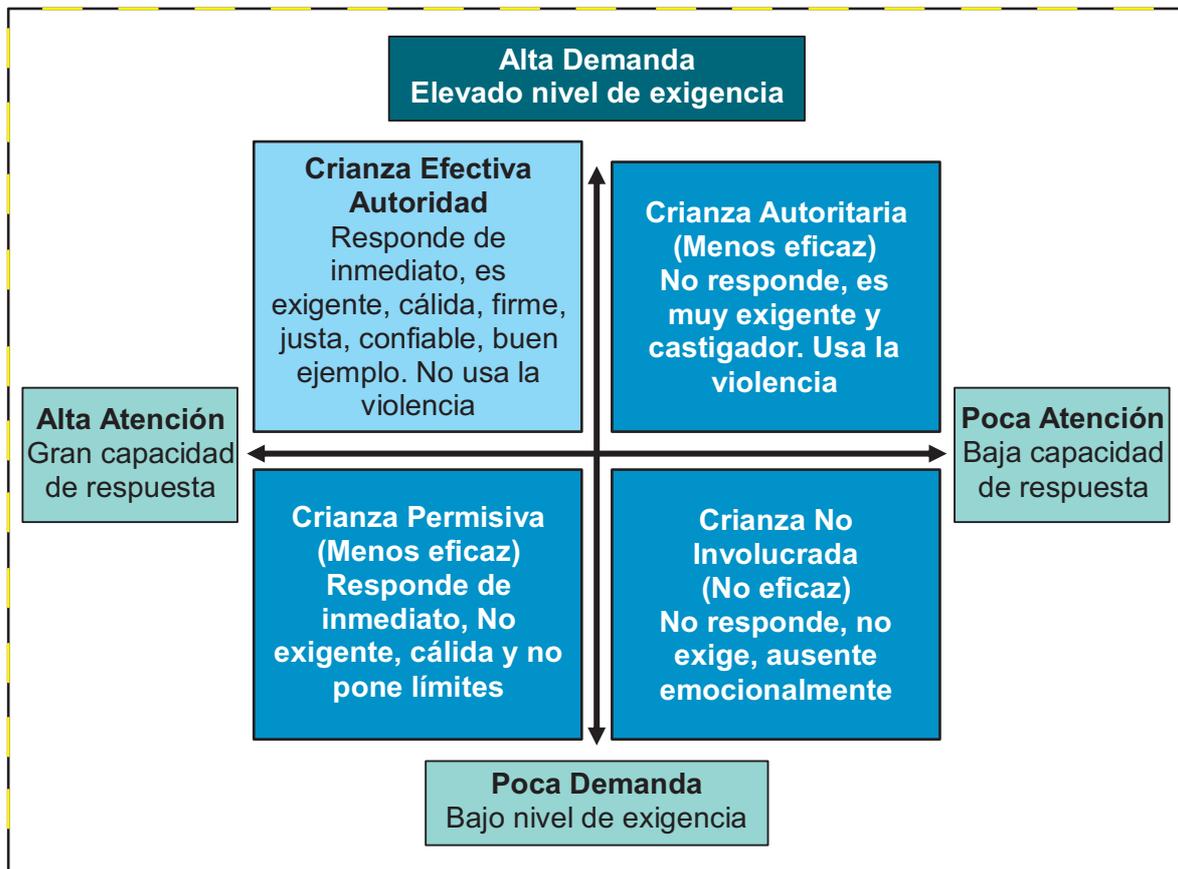
Las propuestas de modelo de crianza no incluyen el **modelo sobreprotector**, que es el opuesto al modelo no involucrado y permisivo. El modelo sobreprotector está basado en la necesidad de cubrir todas las necesidades y demandas de los hijos, dificultando su tolerancia a la frustración y el desarrollo de habilidades para aprender a valerse por sí mismos. Este modelo también tiene un efecto nocivo en el desarrollo adolescente. El resultado final de este modelo es la anulación progresiva como adolescente en la búsqueda de darle un propósito a su vida. Los hijos al no aprender a tolerar niveles básicos de frustración, al no haber aprendido a pensar sentir y actuar por sí mismos, al no haber aprendido a tomar decisiones sobre situaciones básicas que los afectan, según su edad; tienen dificultades para embarcarse en metas y objetivos como resultado de la inseguridad emocional y miedos que los abruman.⁶⁶

⁶⁴ Steinberg, L: Adolescence. Pp. 80. Edición N° 5. McGraw-Hill. Nueva York, 1999.

⁶⁵ Steinberg, L: Adolescence. Pp. 80-97. Edición N° 5. McGraw-Hill. Nueva York, 1999 y Conger R. y colaboradores. Takes Two to Replicate: A Mediational Model for the Impact of Parents' Stress on Adolescent Adjustment: Child Development, 1995.

⁶⁶ Organización Panamericana de la Salud /OMS-GTZ (ahora GIZ), Baca, María Edith: Determinantes sociales, comunitarios, relacionales e individuales de la violencia que afecta a adolescentes y jóvenes desde el modelo ecológico. P.39. Lima, 2008.

MODELO DE CRIANZA EFECTIVO: Clasificación de estilos de crianza⁶⁷



¿Cómo se aplica?

La crianza efectiva es clave en la pre-adolescencia y en los primeros años de la adolescencia, períodos en los que los padres aún deben controlar la conducta de los adolescentes, responder a los límites negociables y no negociables; así como a supervisar de cerca el proceso de asumir una creciente autonomía.

A diferencia de la crianza autoritaria, permisiva o de no involucramiento, la **crianza efectiva también tiene una relación inversa** con la ira, la alienación, la agresión, el agotamiento psicológico, la delincuencia y la mala conducta en las escuelas por parte de los adolescentes.

La mayoría de los investigadores coincide en que la crianza efectiva se apoya en cuatro componentes principales:⁶⁸

⁶⁷ Organización Panamericana de la Salud, Brienbauer. C y Maddaleno, M. Jóvenes: Opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Publicación Científica y Técnica N° 594. P.140 . WDC, 2008.

⁶⁸ Organización Panamericana de la Salud, Brienbauer. C y Maddaleno, M. Jóvenes: Opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Publicación Científica y Técnica N° 594. Pp.141 -142. WDC, 2008.

- a. **La calidez:** Los padres cálidos que en la relación con sus hijos desarrollan un vínculo fuerte, se puede observar que los hijos son más complacientes con los padres y más abiertos a escucharlos.
- b. **Estructura:** Es la medida en que los adolescentes tiene expectativas y normas para su conducta. Los padres que aplican la crianza efectiva a) son firmes en los límites que han establecido para sus hijos y establecen normas para su conducta; a la vez, crean expectativas coherentes con las necesidades y capacidad de desarrollo del niño, y b) reconocen que existen límites negociables, que enseñan responsabilidad, y límites no negociables, que protegen a los jóvenes. Esto implica que no debe haber ambivalencia en el respeto a los límites. Ambos padres o sus cuidadores deben estar de acuerdo en lo establecido y no ceder por separado.
- c. **Apoyo de la autonomía:** Se sostiene en el modo en que los padres aceptan y fomentan la individualidad del adolescente. Los padres que se adhieren a la disciplina son más proclives (que los padres autoritarios o sobreprotectores) a dar a sus hijos una independencia gradual a medida que crecen, brindándoles oportunidades para que desarrollen su autonomía pero, al mismo tiempo, proporcionándoles normas y límites claros para su conducta y las pautas respectivas.
- d. **Apoyo al desarrollo:** Los padres que favorecen las capacidades de desarrollo cognitivo y emocional y de desarrollo de intereses del adolescente tienen mayor probabilidad de mejorar la comunicación y la confianza con sus hijos.

Así, la **empatía** de los padres ayuda a guiar a los hijos adolescentes en el descubrimiento de estrategias más saludables para regular sentimientos intensos de tristeza, miedo, envidia, celos, ira y excitación descontrolada, al tiempo que deben proporcionarles modelos positivos que puedan seguir para desarrollar su propio habilidad de empatía.

Ideas Fuerza: Modelo de Crianza Efectiva

1. **La crianza efectiva** se basa en: una socialización saludable, en el cumplimiento de las funciones familiares, el estilo de la comunicación, la calidad del afecto, la generación de confianza, la fijación de límites en la conducta, el respeto, monitoreo y supervisión de las normas de convivencia; así como el ejemplo de los padres o cuidadores y el gradual aprendizaje hacia la autonomía
2. **Las prácticas de crianza deben ajustarse y evolucionar** para reconocer y adaptarse a los cambios y nuevas necesidades y deseos que experimentan los adolescentes en cada etapa de su desarrollo.
3. **Existe una relación directa entre el modelo autoritario, severo y no involucrado de crianza y la conducta anti-social adolescente.**

3.2.2. Teoría Social Cognitiva

¿Qué postula?

Bandura es el creador de la teoría socio-cognitiva (1986)⁶⁹. Su objetivo es ayudar a comprender y describir el impacto potencial del entorno social sobre las conductas de los adolescentes respecto al cuidado o no de la salud. Él plantea la interacción de factores determinantes de la conducta. Para esta teoría la conducta representa un modelo dinámico y recíproco impactado por estos factores, coincidiendo con el abordaje ecológico. Parte de tres principios:

1. La conducta recibe la influencia tanto de factores del entorno social como de factores personales.
2. Los factores del entorno social desempeñan un papel significativo en el inicio de las conductas, pero su influencia se produce a través de las cogniciones personales. Por ejemplo, el adolescente no responde automáticamente a los factores del entorno social, tal es el caso de la presión para ser delgado, sino que elige personalmente si adoptará o no una conducta en particular.
3. La conducta del adolescente no sólo recibe la influencia de los factores personales y del entorno social, sino que también influye sobre estos.

⁶⁹ Bandura, Antonio: Principios de modificación de conducta. Pp35-38. Salamanca-España, Ediciones Sígueme, 1983.

¿Cómo funciona?

Existen métodos para promover el cambio de conducta de acuerdo con esta teoría, para ello hay que trabajar sobre tres factores esenciales que afectan la probabilidad de que una persona cambie su conducta.⁷⁰

1. **La autoeficacia:** Basada en la confianza de las propias habilidades para realizar acciones y superar obstáculos. Bandura destaca que la autoeficacia es una de las herramientas más poderosas para el cambio de conducta, y que las personas que tienen un sentido de poder personal (autoeficacia) pueden cambiar su conducta frente a los obstáculos.
2. **El establecimiento de metas:** El plantearse un proyecto de vida estimula el establecimiento de metas para el cambio de conducta.
3. **La valoración de los resultados esperados:** Se refieren al valor que las personas le atribuyen a determinados resultados. Es necesario identificar cuál es la expectativa de la persona acerca de la conducta deseable y saludable que se está promoviendo. Si no se valora el resultado del cambio de la conducta, tampoco se estará motivado para cambiarla. Un ejemplo de apreciación de la valoración de los resultados en adolescente sería: «si evito confrontar a otras personas violentamente, evitaré pelear». Este trabajo previsor reduce la ansiedad y aumenta la capacidad para la nueva conducta.

¿Cómo se aplica?

Esta teoría se aplica a través de la utilización de varios métodos que promueven el cambio de conducta y que pueden actuar simultáneamente:

1. **El refuerzo positivo:** Se trata de las respuestas a la conducta, si éstas reforzarán positivamente conductas de cambio. Esto influye en sí, una persona repetirá o no la conducta. Los programas educativos que son reforzadores generan un mayor interés, un mejor aprendizaje y retención del tema en cuestión.

⁷⁰ Glanz, K, B. Rimer: Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice. National Institutes of Health. Edición N° 2. WDC, 2005. En: Organización Panamericana de la Salud-GTZ (ahora GIZ): Construyendo capacidades para la prevención de violencia que afecta a Jóvenes: Teorías para promover el cambio de la conducta. Pp.32. TEACH VIP YOUTH. Lima, 2008.

Los diseñadores de programas y los profesionales de la salud pueden optar por utilizar recompensas externas para alentar la adopción de conductas que forman parte de un programa de cambio de conducta. Este tipo de recompensa puede suspenderse al finalizar el programa, cuando ya las recompensas intrínsecas del cambio de conducta en sí mismas son suficientemente fuertes como para mantener la nueva conducta.⁷¹

2. **El aprendizaje observacional:** Se aprende también observando las conductas de otros y las recompensas que ellos reciben.⁷² Los adolescentes observan la conducta de sus padres cuando comen, beben, fuman y solucionan conflictos, así registran las diversas recompensas o sanciones que los padres reciben por estas actividades. Este aprendizaje modela formas de ser, pensar y actuar de los hijos.

Si los adolescentes observan que las consecuencias son una recompensa, será más fácil de adoptarla. Por ejemplo, si el fumar trae la aceptación por parte de los pares, los observadores se predisponen a seguir el mismo repertorio de la conducta. La imitación de personas que se constituyen en un modelo positivo es una de las formas más efectivas de enseñar conductas saludables.

3. **El autocontrol del desempeño** se refiere a la conducta de una persona orientada específicamente al logro de las metas definidas por ella misma. Uno de los objetivos más importantes es lograr que la persona o adolescente ponga en marcha una conducta saludable. Los diseñadores de proyectos, al considerar la teoría socio-cognitiva para la promoción de la salud deben tener precaución respecto al riesgo de asumir automáticamente que la conducta previsoras es una habilidad desarrollada en los adolescentes. Aquí hay que contemplar que el cerebro adolescente aún no ha completado su proceso de maduración. Los adolescentes aprenden mejor de la experiencia que de la previsión.
4. **Desglosar nuevas conductas complejas en pequeños pasos:** No puede suponerse que las y los adolescentes seguirán motivados repitiendo una única

⁷¹ En: Organización Panamericana de la Salud- GTZ (ahora GIZ): Construyendo capacidades para la prevención de violencia que afecta a Jóvenes: Teorías para promover el cambio de la conducta. Pp.32. TEACH VIP YOUTH. Lima, 2008.

⁷² Bandura, Antonio y R. H Walters: Social Learning and Personality Development. Nueva York, 1963.

tarea sólo porque mejorarán su autoeficacia. La clave está en estructurar los aspectos más mecánicos y/o repetitivos que conducen al dominio de la nueva conducta para que la motivación y los niveles de interés del adolescente se mantengan siempre elevados.

5. **El entrenamiento de las habilidades y capacidades conductuales:** El concepto de habilidad conductual sostiene que si una persona debe poner en práctica una conducta en particular, tiene que saber cuál es la conducta. Necesita tener conocimiento sobre la conducta y cómo ponerla en práctica. La habilidad conductual es el resultado de la capacitación, la capacidad intelectual y el estilo de aprendizaje.

Ideas Fuerza Teoría Social Cognitiva

1. Esta teoría sostiene que la conducta de salud es resultado de una valoración de la autoeficacia.
2. Abarca tanto los factores determinantes de la conducta como los métodos para promover su cambio
3. Se basa en un modelo dinámico y recíproco donde actúan factores interdependientes: socio-ambientales, personales o cognitivos y conductuales.
4. Provee modelos de conducta: el aprendizaje de modelos a través de la observación y los refuerzos por guiarse por dichos modelos.

3.2.3. Teoría del vínculo

¿Qué postula?

- El vínculo es siempre **social**. No existen relaciones impersonales. El vínculo entre dos se establece siempre en función de otros vínculos históricamente condicionados en la persona. Así, a través de la relación con una persona se repite una historia de vínculos determinados en tiempo y espacio.⁷³
- Las formas de vincularse se expresan en los roles que cada quién asume. En un vínculo una persona puede actuar como pasivo, fuerte, sumisa, dominante; dependiendo de cómo haya sido su historia de vínculos desde su nacimiento.

⁷³ Pichon-Rivière, Enrique: Teoría del vínculo, Colección psicología contemporánea. Pp.47. Ediciones Nueva Visión: 35, Buenos Aires, 2006.

Los roles son dinámicos, según las circunstancias una persona puede ser víctima, en otra actuar como victimaria o espectadora.

- La empatía y la identidad son dos componentes esenciales. Una identidad precaria produce violencia en los vínculos. Y la violencia desestructura la persona, la familia y la sociedad.
- Enrique Pichon-Riviére (2006), concibió el vínculo como una estructura dinámica en continuo movimiento que engloba por igual a la persona con otras personas. Es una relación particular con una persona y esta relación particular resulta una conducta más o menos fija, la cual forma un **pattern**, una pauta de conducta que tiende a repetirse automáticamente, tanto en la relación interna como en la relación externa.⁷⁴

¿Cómo funciona?

- No hay ninguna forma de violencia que ocurra al margen de un vínculo como en el caso del consumo de drogas, que representa la violencia autoinfligida.
- Es a través del vínculo que se erigen los roles de víctima, victimario-a o espectador-a.
- Es en la interacción dinámica de los roles que podremos comprender la circularidad de la violencia y el consumo de drogas; y su asociación con la calidad de los vínculos con personas significativas.
- Desbrozando la violencia infligida y autoinfligida en el contexto de una sistema de vínculos familiares y roles asumidos es que se podrá resolverla.
- Se dan dos tipos de vínculos: endogámicos y exogámicos. Cada uno tiene mucha relevancia en el desarrollo de las personas, pero sobre todo según la edad de los hijos.

a. Vínculos primarios

- Son aquellos lazos primarios que se dan en el marco familiar, sean consanguíneos o no, como por ejemplo un padrastro, quien representa a la figura paterna.

⁷⁴ Pichon-Riviére, Enrique: Teoría del vínculo, Colección psicología contemporánea. Pp.35. Ediciones Nueva Visión: 35, Buenos Aires, 2006.

- A estos vínculos se les reconoce como vínculos primarios y son los vínculos que más van a acompañar el surgimiento de otros vínculos en las personas; ya sea favoreciéndolos o perturbándolos.

Estos vínculos son esenciales para el proceso de individuación infantil y consolidación de la identidad adolescente. Constituyen la fuente nutricia sobre la que se va a erigir el desarrollo saludable del adolescente.

b. Vínculos secundarios

- Se construyen fuera del núcleo familiar, de parentesco o de personas significativas.
- Son lazos secundarios que contribuyen en el proceso de individuación infantil y consolidación de la identidad adolescente.
- Ayudan en la regulación social.
- Son un indicador de salud mental

¿Cómo funciona en los y las adolescentes?

Las y los adolescentes para poder diferenciarse de sus madres, padres o cuidadores, sobre todo, cuando las conductas de dependencia con ellos-as son marcadas, usan la violencia como mecanismo de diferenciación y reafirmación de su propia identidad a través de los vínculos. Aquí, radica la importancia de alentar la capacidad de valerse por sí mismos a temprana edad, de enseñarles a que puedan pensar y tomar decisiones, de acuerdo a su edad con la supervisión parental. Mientras más rápido hayan aprendido a valerse por sí mismos, menos violenta serán las relaciones de comunicación con los padres en la pre-adolescencia y la adolescencia misma.

¿Cómo se aplica?

- El vínculo afectivo es terapéutico, reparador y fortalece la identidad.
- El vínculo se inicia desde el embarazo en una etapa de gestación en que el cerebro y cuerpo están formados suficientemente, es cuando los niños por nacer ya captan señales del medio externo como la música, el ruido, el estado de ánimo de la madre.

- A este vínculo inicial se le reconoce como el **apego**. Aquella conexión de naturaleza simbiótica, esencial para el tránsito saludable hacia la individuación infantil.
- Estudios han demostrados que la seguridad de un vínculo afectivo por lo menos durante los 3 primeros años de vida, predicen algunos indicadores de conductas resilientes, tanto en la primera infancia como en la adolescencia; tales como una: adecuada conducta social, regulación afectiva, capacidad de resistencia en situaciones desafiantes, orientación hacia los recursos sociales, habilidades cognitivas como el ejemplo y la creatividad.⁷⁵
- Así, una medida preventiva es promover un buen apego. Por ejemplo, es importante que apenas nazca el niño pueda ser colocado en el regazo de su madre. Este es un buen inicio del vínculo una vez nacido el hijo o la hija.
- El apego y la lactancia materna son pasos básicos del involucramiento de la madre y del padre.
- Asegurando estos dos pasos, el involucramiento a lo largo de la infancia y adolescencia será más fácil y efectivo.
- El afecto y la comunicación al convertirse en nutrientes esenciales de los vínculos, aseguran un involucramiento efectivo de las figuras parentales o cuidadores. El afecto y la comunicación manifiesta y libre de engaños genera confianza, componente esencial con que el adolescente va a explorar el mundo.
- El afecto no es genético, se aprende del modelo de los padres.
- El acercamiento afectivo se puede iniciar, aún sin que los padres hayan sido criados afectivamente, tomando conciencia de la importancia del afecto y la comunicación; y orientándose por teorías del cambio de la conducta y ayuda psicoterapéutica.
- Los grupos de ayuda mutua, autoayuda, consejería y son espacios para construir vínculos reparadores. Igual efecto tiene la mentoría, éstos son los vínculos con figuras que asumen roles de mentores y se convierten en modelos a seguir, resultan una fuente de confianza y aprendizaje.

⁷⁵ Organización Panamericana de la Salud, Fundación W.K. Kellogg, Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Kotliarenko, M.A., I. Cáceres: Estado del arte de la resiliencia. P36. WDC, 1997.

Grotberg (2004)⁷⁶, propone el trabajar sobre seis áreas para promover la resiliencia, las cuales están sostenidas en la fuerza de los vínculos:

1. Una relación emocional significativa con una, dos o tres personas que sean un buen ejemplo.
2. Promover estímulos auditivos, visuales y táctiles para favorecer el aprendizaje, el lenguaje, la atención y el dominio sobre sí mismo.
3. La comunicación y cariño manifiestos que deben sostener la relación emocional entre los padres o cuidadores con los hijos.
4. La comunicación no verbal, pero manifiesta que deben reconocer los padres.
5. Uso del juego y la fantasía en los vínculos influyen positivamente en el desarrollo del lenguaje y la imaginación.
6. Dialogar haciendo uso de la lógica de las ideas, las causas y consecuencias de las acciones.

Asimismo, la negativa a una conducta determinada debe estar acompañada por una explicación lógica y real. Es a través de la explicación que el niño o adolescente va incorporar los límites en la conducta.

Ideas Fuerza sobre la Teoría del Vínculo

1. El vínculo es condición particular de la humanidad. Es la fuente de vida, esencial para funcionar a nivel individual, familiar, comunitario y social.
2. Toda la vida de las personas constituye la historia de sus vínculos.
3. Los vínculos basados en el afecto aseguran un buen proceso de individuación y consolidación de la identidad. Son el mejor factor de protección para conductas de riesgo.
4. Los vínculos nocivos basados en el engaño, la falta de involucramiento, desconfianza, sobreprotección, maltrato y violencia producen el efecto contrario. Desestructuran la identidad, precarizan la autoestima; y son el mayor factor de riesgo para consumo de drogas legales, ilegales.

⁷⁶ Grotberg, E. H.: A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit. P11. The International Resilience Project from the Early Childhood Development: Practice and Reflections. 1995. La Haya, 2004. Bernard van Leer Foundation.

2.2.4. Teoría sobre Redes Comunitarias y Apoyo Social

¿Qué postula?

- Israel, (1982) concibe el apoyo social como la ayuda y el socorro intercambiados por medio de las relaciones sociales y de transacciones interpersonales.⁷⁷
- La **red social** es un sistema que contribuye a potenciar el proceso de diferenciación en adolescentes, a consolidar su identidad y darle soporte social. Son esenciales para recibir el apoyo social para promover la salud.
- A través de las redes, que constituyen **vínculos secundarios y exogámicos** se va a potenciar la diferenciación individual y la identidad.
- Es en el marco del relacionamiento grupal que los y las adolescentes aprenden a que existen otros diferentes a ellos y en la diferenciación afirman su propia identidad, única para cada persona. Aprenden también el valor de las normas sociales y aprenden a respetar las normas grupales.
- Los **mecanismos utilizados** para influir en las redes sociales incluyen: modelar y reforzar conductas saludables, la disminución de los efectos del estrés sobre la salud y dar el acceso a los recursos para hacer frente al estrés.

¿Cómo funciona?

El **apoyo emocional** es el tipo de apoyo más firme y sistemáticamente asociado con la buena salud.⁷⁸

La falta de redes deriva en una falta de integración social y es predictor de violencia. Las evidencias señalan que adolescentes que se sienten conectados a su escuela tienen menos riesgo de consumo de alcohol, drogas y violencia.

Las redes comunitarias y sociales se convierten en el capital social de un país. Puede ser un capital saludable o perverso. Este último no será abordado en el presente documento.

⁷⁷ En: Organización Panamericana de la Salud, Brienbauer. C y Maddaleno, M. Jóvenes: Opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Publicación Científica y Técnica N° 594. P125. WDC, 2008.

⁷⁸ Heaney, C.A. y A. Israel: Social Networks and Social Support. En: K. Glanz, F. Lewis y B. Rimer (editores): Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice.. Edición N° 2. San Francisco: Jossey-Bass, 1997.

El capital social está conformado por estructuras y procesos que desarrollan las personas grupalmente orientándose a la consecución de logros y metas en pro del bien común y propio. Ayuda a construir confianza interpersonal e institucional, participación ciudadana; y asegura la vigilancia de normas de control social. El capital social impide la implantación de conductas criminales. Es necesario diferenciar los tipos de apoyo y soporte que una red comunitaria y social puede impactar positivamente en la población adolescente y joven:⁷⁹

1. **Apoyo emocional:** cariño, amor, empatía, escucha, comprensión,
2. **Apoyo instrumental:** entrega de ayuda o servicios
3. **Apoyo informacional:** entrega de información, consejería y sugerencias.
4. **Apoyo en autoevaluación:** retroalimentación, afirmar las creencias.

¿Cómo se aplica?

Los padres necesitan estar convencidos que la participación de sus hijos en redes sociales (no perversas) representan un factor protector. Así podrán incentivar la participación de sus hijos en redes que respondan a intereses propios de adolescentes y no a necesidades de los padres. Para el funcionamiento de estas redes es necesario promover estrategias sostenidas que ayuden a desarrollar nuevas redes, mejoren las redes existentes, con métodos participativos en procesos de resolución de problemas. Se puede usar la teoría del vínculo y la teoría del conflicto para optimizar el funcionamiento de las redes de apoyo.

⁷⁹ En: Organización Panamericana de la Salud, Brienbauer. C y Maddaleno, M. Jóvenes: Opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Publicación Científica y Técnica N° 594. P125. WDC, 2008.

Ideas Fuerza Teoría sobre Redes Comunitarias y Apoyo Social⁸⁰

1. Las redes comunitarias representan el tejido social que contribuye al funcionamiento familiar saludable, a la regulación social de la conducta y a la cohesión social.
2. A mayor participación en redes menor violencia, así lo indican las evidencias.
3. La participación de adolescentes en redes sociales (no perversas) representan un factor protector del desarrollo adolescente.
4. Los adolescentes que tienen sentimiento de pertenencia con su escuela y se sienten cuidados por la comunidad educativa tienen menos probabilidades de consumir drogas, ejercer la violencia o iniciar su vida sexual de manera temprana.

2.2.5. Teoría de la Resiliencia

¿Qué postula?

- El término de resiliencia procede del latín y proviene del término **resilio** que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar.⁸¹ Son varios los autores que han estudiado el tema de la resiliencia, sin embargo Grotberg, del International Resilience Project (Proyecto Internacional de Resiliencia) ha condensado lo ya consensuado por estos autores.
- Así, la resiliencia es la capacidad universal que permite a una persona, grupo o comunidad prevenir, minimizar y superar los efectos perjudiciales de la adversidad.⁸²

¿Cómo funciona?

Un proceso de adaptación positivo requiere la participación de varios actores clave para apoyar el desarrollo de las características protectoras externas e internas. Existen factores específicos de protección como las cualidades de

⁸⁰ Organización Panamericana de la Salud, Brienbauer, C y Maddaleno, M. Jóvenes: Opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Publicación Científica y Técnica N° 594. P138. WDC, 2008.

⁸¹ En: Organización Panamericana de la Salud, Fundación W.K. Kellogg, Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Kotliarenko, M.A., I. Cáceres: Estado del arte de la resiliencia. P.5. WDC, 1997.

⁸² Grotberg, Edith. H.: A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit. P.6 The International Resilience Project from the Early Childhood Development: Practice and Reflections La Haya: Bernard van Leer Foundation. 1995.

niños, niñas y adolescentes, las características de la familia y el apoyo que desde fuera de la familia brindan las relaciones, los vínculos exogámicos, las redes de apoyo social.

Estudios realizados coinciden en características familiares, comunitarias e individuales en el área psicológica, las cuales actúan como factores de protección. A nivel familiar y comunitario se han identificado: los padres o cuidadores competentes, la posibilidad de contar con el apoyo de la pareja, familia y otras personas significativas, así como una mejor red informal (lazos afectivos) y formal (participación en redes).

A nivel psicológico forman parte de los hallazgos: un mayor coeficiente intelectual y habilidades para resolver problemas, mejores estilos de enfrentamiento de la vida, una motivación al logro sobre la base del propio esfuerzo; mayor empatía, autonomía y control interno, fuerza de voluntad y habilidades para planear metas y un sentido de humor positivo.⁸³

Desde esta perspectiva, la resiliencia como factor protector ayuda a desarrollar habilidades y destrezas tales como:

- Mayor capacidad de enfrentar la competencia y aprender de los propios errores.
- Mejores y más eficaces estilos de afrontamiento de los problemas y conflictos.
- Capacidad de recurrir al apoyo de los adultos cuando sea necesario.
- Actitud orientada al futuro.
- Optimismo y mayor tendencia a sentimientos de esperanza.
- Capacidad empática.

⁸³ Organización Panamericana de la Salud, Fundación W.K. Kellogg, Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Kotliarenco, M.A., I. Cáceres: Estado del arte de la resiliencia. Pp. 23-24. WDC, 1997.

¿Cómo se aplica?

La resiliencia identifica dos componentes esenciales: la resistencia a la destrucción y la capacidad para construir un sistema de conductas positivas, aceptadas socialmente, a pesar de las circunstancias adversas.⁸⁴

Como resultado de estudios realizados por el Proyecto Internacional de Resiliencia del Instituto Search⁸⁵ se ha reconocido la interacción de determinadas fortalezas que actúan como factores de protección en el desarrollo. Se identificaron 20 fortalezas/factores internos y 20 fortalezas/factores externos.

Fortalezas internas

Se han identificado 20 fortalezas internas y estas orientan el desarrollo de cualidades que guían a opciones y crean un sentimiento de propósito. Entre los principales está la identidad positiva, el compromiso con el aprendizaje, los valores positivos, las competencias sociales.

Fortalezas externas

También se identificaron 20 fortalezas externas, las cuales se basan en experiencias positivas entregadas por personas (por ejemplo los mentores), instituciones y comunidad. Tal es el caso del: empoderamiento, apoyo familiar, límites y expectativas, así como uso constructivo del tiempo libre.

Las evidencias indican que los adolescentes y jóvenes con mayor presencia de estos factores externos e internos en sus vidas tienen menor la probabilidad de involucrarse en conductas de riesgo como el consumo de drogas legales e ilegales, la actividad sexual temprana y la violencia.

A continuación se presenta un cuadro elaborado por el Instituto Search (2002)

⁸⁴ Vanistendael, Stefan: Cómo crecer superando los percances: Resiliencia para capitalizar las fuerzas del individuo. International Catholic Child Bureau. Ginebra-Suiza, 1995. En: Organización Panamericana de la Salud, Fundación W.K. Kellogg, Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Kotliarenko, M.A., I. Cáceres: Estado del arte de la resiliencia. P6. WDC, 1997.

⁸⁵ Search Institute, 2004: The Power of Assets. Disponible en: <http://www.search-institute.org/research/assets/assetpower.html>. En: Organización Panamericana de la Salud, Brienbauer. C y Maddaleno, M. Jóvenes: Opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Publicación Científica y Técnica N° 594.Pp.154-155. WDC, 2008.

Cuadro de fortalezas y su asociación con conductas de riesgo

	Fortalezas 0-10	Fortalezas 11-20	Fortalezas 21-30	Fortalezas 31-40
Consumo de alcohol	49%	27%	11%	3%
Uso de drogas ilícitas	39%	18%	6%	1%
Tabaco	31%	14%	4%	1%
Relaciones sexuales	32%	21%	11%	3%
Violencia	61%	38%	19%	7%
Depresión y suicidio	42%	27%	14%	5%

El cuadro demuestra una asociación directa entre el número de fortalezas del desarrollo y la exposición a conductas de riesgo:

- ✓ 0-10 fortalezas 15%
- ✓ 11-20 fortalezas 41%
- ✓ 21-30 fortalezas 35%
- ✓ 31 40 fortalezas 9%

Ideas Fuerza Teoría de la Resiliencia

1. Se trata de características personales y procesos de adaptación que permiten a algunas personas salir adelante frente a condiciones adversas.
2. Las evidencias señalan que solo una tercera parte de los padres promueven la resiliencia de sus hijos.
3. Existen factores protectores externos e internos que intervienen en la resiliencia.
4. Entre los factores externos se pueden citar: apoyo familiar, empoderamiento, límites y expectativas, uso constructivo del tiempo.
5. Entre los factores internos clave están: la identidad positiva, el compromiso con el aprendizaje, valores positivos, competencias sociales.
6. Las evidencias indican que los adolescentes y jóvenes con mayor presencia de estas fortalezas externos e internos en sus vidas es menor la probabilidad de involucrarse en conductas de riesgo como el consumo de drogas legales e ilegales, la actividad sexual temprana y la violencia.

2.2.6. Teoría del Conflicto

¿Qué postula?

- Los estudios de la psicología y sociología permiten inferir que las personas se resisten al cambio. Para no cambiar tienden -como defensa- a evitar o negar la causa y origen de los conflictos. Se resisten a la identificación de situaciones conflictivas.
- El conflicto representa el choque de dos tendencias contrapuestas al interior de la persona y el grupo. Tiene una dimensión consciente y otra inconsciente.
- Existen dos posiciones sobre el conflicto. Una que postula al conflicto con una visión negativa patológica y otra que postula que el conflicto es propio de los procesos de desarrollo y cambio a nivel, individual, familiar, comunitario y social, reconociendo que **no hay cambio sin conflicto**.
- La teoría del conflicto positiva, parte del reconocimiento del conflicto como un principio que rige la vida humana en lo individual, en lo grupal y en lo organizacional.
- Pichon- Riviére (2007), afirma que desde cualquiera de las dos perspectivas, el miedo es la conducta emergente. Se trata del miedo a la pérdida, del miedo al ataque.⁸⁶
- Así, el conflicto desde la premisa saludable, indica la necesidad de cambiar. Desde este punto de vista es un **mecanismo de retroinformación**.

¿Cómo funciona?

Los conflictos enfrentados positivamente son el motor del cambio en las personas, las familias, la comunidad y sociedad. Éstos dejan de ser destructivos cuando prevalece la reflexión, la razón, el bien común; en un marco de oportunidades de acercamiento, de conocimiento del otro-s, de reconocimiento de las diferencias; en un clima de respeto y transparencia;

⁸⁶ Pichon-Riviére, E. y Pampliega A.: Psicología de la Vida Cotidiana. Edición N° 15. P.124. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 2007.

procurar un manejo positivo y efectivo de las diferencias y tensiones que origina el conflicto.

La no identificación y resolución del conflicto produce violencia, la cual tiende a crecer, a acumularse, sino se enfrenta y resuelve el conflicto. El caso del consumo de drogas legales e ilegales en adolescentes es resultado de conflictos no resueltos en su momento y que derivan en conductas violentas infligidas y autoinfligidas.

La teoría Transteórica de Estados del Cambio de la Conducta puede facilitar el enfrentamiento del conflicto y la planificación para resolverlo.

¿Cómo se aplica?⁸⁷



⁸⁷ Organización Panamericana de la Salud, Cole, Percy: Grupos de Ayuda Mutua y Violencia Intrafamiliar. P.21. Lima, 1999.

La teoría del conflicto puede aplicarse en adolescentes con preguntas facilitadoras: ¿Qué piensas?, ¿Qué sientes?, ¿Qué esperas de la vida?, qué esperas de nosotros (figuras significativas)?, ¿Cómo te ves de aquí a 3, 5, 10 años?, ¿Qué pasa si actúas en sentido “A” o en sentido “B” o en sentido “C”.

Las preguntas facilitadoras deben estar orientadas a que el o la adolescente se conflictúe, a que piense por sí mismo en lo que más le conviene. El mismo esquema es válido para padres y cuidadores.

Ideas Fuerza Teoría del Conflicto

1. La teoría del conflicto positiva, parte del reconocimiento del conflicto como un principio que rige la vida humana en lo individual, en lo grupal y en lo organizacional y postula que **no hay cambio sin conflicto**.
2. Esclarece problemas antes ignorados y motiva a la gente a entender las diferentes posiciones y a emprender medidas para su resolución.
3. Favorece la aparición de nuevas ideas, facilitando la innovación, el cambio y el compromiso.

2.3. Teorías del nivel comunitario⁸⁸

Teorías que operan a nivel comunitario

1. Modelos de Organización Comunitaria
2. Teoría de Difusión de la Innovación
3. Modelo de Comunicación para Cambio de Conducta (CCC)
4. Modelo de Cambio Organizacional
5. Estrategia de Mercadeo Social

El enfoque del nivel comunitario permite mirar a toda la comunidad. Analiza cómo funcionan los sistemas sociales, fomenta el compromiso de la

⁸⁸ Organización Panamericana de la Salud, Brienbauer. C y Maddaleno, M. Jóvenes: Opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Publicación Científica y Técnica N° 594. Pp.177-200. WDC, 2008. Y Organización Panamericana de la Salud-GTZ (ahora GIZ): Construyendo capacidades para la prevención de violencia que afecta a Jóvenes: Teorías para promover el cambio de la conducta. Pp. 49-60. TEACH VIP YOUTH. Lima, 2008.

comunidad. Para Freire la comunidad ayuda en la construcción de fortalezas, espirituales y talentos de los desempoderados⁸⁹

2.3.1. Modelos de Organización Comunitaria

¿Qué postula?

- El concepto central de este modelo es el empoderamiento. Este consiste en un proceso individual y colectivo a través del cual la gente gana un mayor control sobre sus decisiones y acciones que afectan su salud.
- Las capacidades ganadas se encuentran mediadas por factores culturales, sociales, familiares y por características de personalidad.⁹⁰
- El empoderamiento no es transferencia de poder de unos a otros, pero sí crea poder individual y colectivo. Se trata del poder decisión y de control sobre asuntos que afectan la salud y el desarrollo. Previene de situaciones de vulnerabilidad frente a los problemas de salud.
- Según Labonté, existen 4 momentos del empoderamiento: 1. Empoderamiento personal, 2. Grupos de autoayuda o ayuda mutua, 3. Organización comunitaria y las 4. Coaliciones de acción política: niveles superiores de decisión y se ejerce por grupos con poder.⁹¹
- **El empoderamiento individual** es un proceso subjetivo a través del cual las personas desarrollan fortalezas y destrezas que les permite sentir confianza en sí mismas para tomar decisiones propias, planear su futuro, privilegiar el autocuidado y actuar en pos del bien personal y colectivo.
- **El empoderamiento comunitario** es un proceso de acción social que promueve la participación activa hacia la meta de incrementar el control comunitario, logrando eficacia política, mejora de la calidad de vida comunitaria y justicia social.⁹²

⁸⁹ Paulo Freire: La educación como práctica de libertad. P.21 Siglo XXI. Buenos Aires, 1989.

⁹⁰ Málaga, H. y Castro, M.L.: Cómo empoderar a los excluidos a nivel local. En: Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable. P.121. Editorial Médica Panamericana. Colombia. 2001.

⁹¹ Labonté, Ronald: Health Promotion and Empowerment: Practice Frameworks. Centre For Health Promotion. University of Toronto. Pp. 59-81. Canada, 1993

⁹² Minkler, M y N. Wallerstein: Improving Health through Community Organization and Community Building». En: K. Glanz, B. Rimer y F. M. Lewis (editores): Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice. Edición N° 3. San Francisco, 2002.

¿Cómo funciona?

Se trata de dinamizar la acción comunitaria para el cambio de conducta requiere intervenir con la comunidad sobre aspectos esenciales como en:

1. El empoderamiento
2. La conciencia crítica
3. **La capacidad de la comunidad:** Se han identificaron aspectos importantes para el desarrollo de la capacidad de la comunidad:⁹³ a) Habilidades, conocimientos y recursos, b) Estructuras, mecanismos y espacios para el diálogo en la comunidad y para la acción colectiva, c) Calidad de liderazgo y su desarrollo, d) Grado de participación cívica, e) Sistema de valores, f) Cultura de aprendizaje
4. La participación y la pertinencia
5. La selección de problemas

El vehículo del empoderamiento comunitario son las redes. Según Dabas (1993), una red es un proceso individual y colectivo sostenido. Funciona como un sistema abierto marcado por un intercambio dinámico entre sus miembros y con miembros de otros grupos sociales, consiguiendo potenciar los recursos que poseen. Asimismo, tienen una propiedad compensatoria. Por un lado, cada miembro de una familia se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla. Por otro, la participación en una red, al cultivar el sentido de pertenencia tiene la posibilidad de restituir o reparar lugares perdidos familiar o socialmente.⁹⁴ También, reduce el sentimiento de soledad y promueve el esfuerzo hacia metas comunes, motivando a la vez metas propias.

Existen redes informales basadas en lazos afectivos, como las redes familiares y de amigos. En cambio, las redes formales, dan soporte social a adolescentes, dan respuesta a necesidades, intereses, problemas o conflictos identificados por ellos.⁹⁵

⁹³ Norton, B. y colaboradores: Community Capacity: Concept, Theory, and Method, 2002. En: OPS- GTZ (ahora GIZ): Construyendo capacidades para la prevención de violencia que afecta a Jóvenes: Teorías para promover el cambio de la conducta. P.51 -52. TEACH VIP YOUTH, 2008.

⁹⁴ Dabas, Elina: Red de redes: Las prácticas de la intervención en redes sociales. Pp172-173. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1993.

⁹⁵ Ministerio de Salud-DGSP: Norma Técnica Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente. RM N° 973. P.16 -17. Lima-Perú, 2012.

¿Cómo se aplica?

Enfatizar la evaluación de necesidades a nivel comunitario, buscar que las iniciativas sean sustentables, que la comunidad se haga responsable del logro del objetivo planteado por la intervención, que desarrolle un plan de acción, que exista colaboración entre los diferentes actores a nivel comunitario y de gobierno.

Aplicaciones efectivas:

- ✓ Estrategia de esfuerzos comunitarios en limitar el acceso al alcohol y disminuir el consumo de tabaco en adolescentes han tenido impacto positivo, vigilancia comunitaria, redes de promotores, redes de pares, grupos de ayuda mutua o autoayuda, brigadas juveniles.

Ideas fuerza sobre Modelos de Organización Comunitaria

1. El concepto central de este modelo es **el empoderamiento**. Es un proceso individual y colectivo a través del cual la gente gana un mayor control sobre decisiones y acciones que afectan su salud.
2. Hay aspectos clave para el desarrollo de la capacidad de la comunidad:
 - ✓ Habilidades, conocimientos y recursos,
 - ✓ Estructuras, mecanismos y espacios para el diálogo en la comunidad y para la acción colectiva,
 - ✓ Calidad de liderazgo y su desarrollo,
 - ✓ Grado de participación cívica,
 - ✓ Sistema de valores,
 - ✓ Cultura de aprendizaje
3. El vehículo del empoderamiento comunitario son las **redes** y el resultado el **capital social** para el desarrollo: Actúan como factores protectores de las familias, la comunidad y el país.

2.3.2. Teoría de Difusión de la Innovación

¿Qué postula?

- Analiza como en forma natural, una innovación se extiende en redes sociales y analiza cómo avanzar a escala.
- Se trata de un proceso de difundir en comunidades nuevas ideas, productos y prácticas y que se conviertan en norma a través de un proceso de: diseminación e información, adopción y ventajas, implementación y destrezas continuación de resultados.

¿Cómo funciona?

Se requiere tener presente algunos aspectos clave en la innovación:⁹⁶

1. Identificar las ventajas comparativas de la innovación,
2. Asegurar compatibilidad con el grupo al que se dirigen,
3. Destacar los valores y contexto de los usuarios,
4. Examinar el nivel de complejidad,
5. Asegurar la posibilidad de someter a prueba la innovación,
6. Registrar evidencia con resultados visible y en cuánto a tiempo,
7. Prever el nivel de riesgo, el tiempo que se necesita y los costos requeridos;
8. Asegurar el grado de compromiso y medir impacto en las relaciones sociales.

¿Cómo se aplica?

Para su aplicación se requieren canales de diseminación como: Medios de comunicación (radio, TV, internet, diario, etc.), grupos de opinión, líderes y personajes de prestigio, es decir, personas que constituyan un modelo.

- **La participación de adolescentes y jóvenes** en el desarrollo de innovaciones ayuda a ganar credibilidad en el proceso de difusión.
- En su aplicación sirve de ayuda para identificar fallas como por ejemplo en la implementación de programas de educación sexual en las escuelas:

⁹⁶ Organización Panamericana de la Salud, Brienbauer. C y Maddaleno, M. Jóvenes: Opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Publicación Científica y Técnica N° 594.P190. WDC, 2008.

- Solo 50% del profesorado recibe el currículo, 25% lo analiza, y del 5% al 10% lo usa.
- La intención del profesorado de entregar educación sexual está influida por la opinión de los estudiantes, colegas y directores, auto-eficacia, valores sexuales propios, presencia de una política o legislación que obliga entregar el currículo.
- La implementación se ve negativamente afectada por falta de tiempo, sesiones muy breves, baja prioridad de parte de directores, escasa habilidad de usar técnicas de juego de roles, ausencia y rotación de profesores.
- Adolescentes se sienten menos cómodos hablando de sexo con profesores que con profesionales de la salud.
- La premisa básica de esta teoría es que las ideas y las prácticas nuevas se transmiten a través de contactos y redes interpersonales, las cuales actúan como vehículo que acelera la difusión de las innovaciones presentadas originalmente a través de los medios masivos de comunicación.
- Como resultado, la tarea de las redes y de los medios se complementan y refuerzan mutuamente.

Ideas fuerza de la Teoría de Difusión de la Innovación

1. Las ideas y las prácticas nuevas se transmiten a través de contactos y redes interpersonales, las cuales actúan como vehículo que acelera la difusión de las innovaciones presentadas originalmente a través de los medios masivos de comunicación.
2. Tener en cuenta los aspectos clave en la innovación: Identificar las ventajas comparativas de la innovación, asegurar compatibilidad con el grupo al que se dirigen, destacar los valores y contexto de los usuarios, examinar el nivel de complejidad, asegurar la posibilidad de someter a prueba la innovación, registrar evidencia con resultados visibles y en cuánto a tiempo; así como prever el nivel de riesgo, el tiempo que se necesita y los costos requeridos.

2.3.3. Modelo de Comunicación para Cambio de Conducta (CCC)

¿Qué postula?

La comunicación para el cambio de la conducta (CCC) es una herramienta en múltiples niveles, útil para promover y mantener un cambio de la conducta que reduce los riesgos en individuos y comunidades, por cuanto distribuye mensajes sobre la salud específicos en una diversidad de canales de comunicación.⁹⁷

¿Cómo funciona?

El Centro para el Control de Enfermedades-CDC en los Estados Unidos hizo recomendaciones para potenciar la comunicación para el cambio de la conducta⁹⁸:

- **La comunicación debe ser personalizada.** La población objetivo necesita atención individualizada para obtener información general e intentar relacionarla con sus propias situaciones y realidades.
- **Los mensajes deben ser emocionalmente fuertes:** Las campañas y los programas de comunicación que logran conectar emocionalmente las orientó hacia el cambio.
- **La estrategia debe incluir un componente de modelaje.** El empleo de modelos constituye una forma efectiva de motivar al cambio de la conducta.
- **Los mensajes deben estar arraigados en las normas sociales y culturales, y en las expectativas.** Los mensajes necesitan aplicarse a la vida cotidiana de las personas y presentarse a manera de relatos que puedan conectar.
- **Deben identificarse los factores que obstaculizan las nuevas conductas y también aquellos que las facilitan.** Los programas que tienen mayor impacto están relacionados con servicios específicos y si estos implican barreras, el programa deberá identificar dichas condiciones y compensarlas.

⁹⁷ Family Health International: Behavior Change Communication Handbook Series. Research Triangle Park, NC:FHI, 1996.

⁹⁸ En: Organización Panamericana de la Salud - GTZ (ahora GIZ): Construyendo capacidades para la prevención de violencia que afecta a Jóvenes: Teorías para promover el cambio de la conducta. P.57. TEACH VIP YOUTH. Lima, 2008.

¿Cómo se aplica?

El Instituto para la Salud y Desarrollo de la Comunicación es una institución sudafricana que puso en marcha estrategias integrales de comunicación a través de la estrategia Soul City mediante las cuales, se presenta un conjunto de productos comunicacionales como series de televisión, dramas radiales; materiales impresos dirigidos a padres, maestros y niños; campañas publicitarias e intervenciones para modificar las normas sociales e impactar en los ámbitos del conocimiento, las actitudes y las prácticas y problemas prioritarios de la salud sudafricana.

En 1997 se realizó una evaluación del programa de Soul City. Se analizaron los cambios en conocimientos, actitudes y conducta, teniendo como punto de partida la línea de base con la cual se inició la iniciativa; y en todos los resultados se hallaron impactos en las conductas investigadas.

Ideas fuerza sobre el Modelo de Comunicación para Cambio de Conducta (CCC)⁹⁹

1. La comunicación debe ser personalizada.
2. Los mensajes deben conectar emocionalmente, también con valores.
3. La estrategia debe asegurar un componente de modelos, de ejemplos de vida.
4. El método de comunicación para el cambio conductual que combina estos aspectos con mayor eficacia son las intervenciones basadas en entrenamiento educativo que provienen del arte y la cultura.

⁹⁹ Organización Panamericana de la Salud, Brienbauer. C y Maddaleno, M. Jóvenes: Opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Publicación Científica y Técnica N° 594. P.192. WDC, 2008.

2.3.4. Teoría sobre la Estrategia de Mercadeo Social

¿Qué postula?

El **objetivo principal** del mercadeo social es influir sobre la conducta voluntaria de los miembros del mercado objetivo, plantea que los miembros del mercado objetivo como por ejemplo los adolescentes, podrían cambiar sus recursos como el dinero y el tiempo por un producto innovador si se convencen de que esta innovación les ofrece beneficios atractivos a un precio razonable, y que está disponible en el lugar y el momento oportuno.

¿Cómo funciona?

Se usa el mercadeo social para hacer atractiva la conducta que se desea promover, haciendo uso de incentivos y beneficios que refuercen positivamente las conductas deseadas, que reduzcan las barreras o los costos asociados con la conducta. El objetivo solo puede ser cumplido comprendiendo la situación del grupo meta en relación con la conducta que se desea promover o cambiar. Para ello, se toman en cuenta componentes clave del mercadeo social:

- **Producto:** El conjunto de beneficios que se ofrece al consumidor.
- **Lugar:** Dónde pasan su tiempo los destinatarios meta, cuándo y dónde toman sus decisiones, y quiénes tienen acceso a este grupo durante los períodos en que son más accesibles.

¿Cómo se aplica?

- Ofrece al mercado objetivo un conjunto de beneficios y menores obstáculos para el cambio de la conducta, con el fin de aumentar las posibilidades de que adopten conductas nuevas y más saludables.
- Los principales beneficiarios son los miembros del mercado objetivo, por ejemplo los adolescentes.
- Las actividades del mercadeo social buscan crear un intercambio voluntario entre la organización que implementa el mercadeo y los miembros del mercado objetivo a través del cumplimiento recíproco de los propios intereses.

Ideas fuerza sobre la Teoría de la Estrategia de Mercadeo Social

1. El objetivo central del mercadeo social es influir sobre la conducta voluntaria de la población objetivo.
2. Ofrece beneficios y reduce barreras para el cambio de conducta con el fin de que se adopten patrones nuevos de conducta.
3. Aún no se ha identificado una receta con eficacia comprobada para llegar a la vez a una gama amplia de población adolescente con diferentes rangos de edad, sexo y contextos culturales.

IDEAS FUERZA SOBRE LAS TEORÍAS PARA EL CAMBIO DE CONDUCTA

1. La aplicación del Programa Familias Fuertes desprovista del uso de teorías que fundamentan la conducta y con alteración de la fidelidad metodológica no tiene impacto de cambio de la conducta.
2. Las teorías seleccionadas tienen en común rutas, mecanismos y procedimientos para facilitar el cambio de conducta y son complementarias. Sirven para comprender distintas aristas de la conducta, para tener varias lecturas de esta, así como las posibilidades de cambio conductual que pueden ser de utilidad para padres y adolescentes.
3. El hilo conductor de las todas las teorías seleccionadas es que identifican **componentes esenciales: emocional-afectivo, cognitivo y valorativo.**
4. Otro aspecto común de las teorías a nivel individual, interpersonal y comunitario es el trabajar sobre la individuación infantil, consolidación de la identidad, el empoderamiento, los límites y valores para orientar el cambio de la conducta, principalmente en la infancia y adolescencia.
5. **El empleo de las teorías en la aplicación del Programa Familias Fuertes debe ser permanente.** Por ejemplo si se presenta un conflicto durante una sesión, el capacitador debe hacer uso de la teoría del conflicto y resaltar la idea de la importancia de identificar, comprender y buscar salidas para resolverlo, hasta resolverlo. Otro ejemplo, es cuando un padre usa la teoría del reforzamiento de conductas positivas y constata que estas requieren ser permanentemente reforzadas.

IV. CUARTO CAPÍTULO

4. UNIDAD DE ANÁLISIS: “LAS FAMILIAS”

4.1. UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA CONCEPTUAL

La familia está definida por la composición de miembros, su espacio común, sus funciones, el tipo de vínculos y el ejercicio del poder en la crianza. Desde esta perspectiva, la familia es una unidad social dinámica, donde transcurre el proceso de socialización y se estructura la identidad de sus miembros. También se organizan los afectos, se desarrollan los vínculos primarios (endogámicos) de mayor trascendencia y se hace el tránsito hacia vínculos secundarios (exogámicos). De igual manera, como toda unidad social es diversa y traduce, transmite, transforma o perpetúa la cultura.

Al igual que en el plano individual, la familia presenta una dimensión consciente y otra inconsciente. En esta última se tejen los temores o confianzas, las esperanzas o desesperanzas, las seguridades o inseguridades, la tendencia a conductas protectoras o de riesgo.

Según señala la Ley de Fortalecimiento de la Familia, su propósito es “promover y fortalecer el desarrollo de la familia, especialmente en aquellas familias en situación de extrema pobreza, pobreza o riesgo social”, es decir en situación de vulnerabilidad. Para el Ente Rector de la familia, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables-MIMP, la familia es un espacio de socialización, donde se construyen identidades, valores, afectos y normas de convivencia democrática y de protección de derechos para el desarrollo integral de sus miembros en beneficio de la sociedad.¹⁰⁰

Así, el Estado reconoce a la familia como la primera institución fundamental responsable de la protección y desarrollo de sus miembros, pudiendo ser fortalecida o afectada por determinantes sociales y factores de riesgo a nivel sociopolítico, comunitario, interpersonal e individual; por lo cual el Estado

¹⁰⁰ Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (ahora MIMP): Plan Nacional de Apoyo a la Familia, 2004-2011. P.6. Lima, 2005.

determina su rol rector para la formulación, implementación y evaluación de políticas, planes, programas, proyectos y servicios que coadyuven a la superación de los determinantes y factores de riesgo que las afecta.

Ackerman (1994) conceptualiza a la familia como la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Señala también que es la unidad básica de la enfermedad y la salud, la cual se va adaptar a las condiciones de vida que dominan en un lugar y tiempo dados. Así, la familia es en todo sentido el producto de la evolución, en la cual la sociedad moldea su funcionamiento para hacerla más útil y funcional al sistema social predominante.¹⁰¹

Sin embargo, dando un paso más allá del conceptual, se han recogido evidencias que dan cuenta de rol positivo o negativo de las familias para delinear la conducta de sus miembros.

Por ejemplo, Kumpfer (1999), plantea que un ambiente familiar positivo afirmado en los vínculos familiares, en una supervisión adecuada de madres y padres del comportamiento de los hijos, una comunicación de los valores familiares pro-sociales, son aspectos que protegen a los jóvenes de desarrollar conductas de riesgo, como el consumo de sustancias, la delincuencia y el sexo precoz o sin protección¹⁰²

De otro lado, un estudio de evaluación SAAF con 20 meses de seguimiento encontró cambio en los estilos de crianza, en los factores protectores y disminución del consumo de alcohol. Otro hallazgo fue la orientación hacia el futuro, así como modela una actitud negativa hacia el alcohol, una imagen negativa del bebedor.

La familia por su composición y al compartir un mismo espacio de vida común, asume múltiples roles (padre, madre, hermano, hermana, tío, tía, abuelo, abuela, padrastro, madrastra, suegro, suegra, nieto, nieta, sobrinos). Del mismo modo, se ejercen diversas funciones que repercuten en cada uno de sus

¹⁰¹ Ackerman, Nathan: Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares: Psicodinamismos de la vida familiar. Pp.35 y 37. Edición N° 10. Lumen-Hormé. Buenos Aires, 1994.

¹⁰² Kumpfer, K.L.: Strengthening America's Families: Exemplary Parenting and Family Strategies for Delinquency Prevention. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. WDC, 1999. En: Organización Panamericana de la Salud, Fundación W.K. Kellogg, Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Kotliarenko, M.A., I. Cáceres: Estado del arte de la resiliencia. P.52. WDC, 1997.

¹⁰³ Brody, G: Parental Religiosity, Family Processes and Youth Competence in Rural, Two -Parent AfricanAmerican Families. Pp.696-706. Developmental Psychology. 1996.

miembros, con el objetivo de asegurar el desarrollo integral de sus integrantes y contribuir en el bienestar y cohesión social. Dada su importancia, se desarrolla a continuación el papel que juegan las funciones de las familias en el bienestar de sus miembros.

A. FUNCIONES DE LAS FAMILIAS

Las funciones de las familias están orientadas a asegurar la satisfacción de las necesidades básicas, la socialización de sus miembros, la organización de los afectos, definición de límites en la conducta y normas de convivencia, a la facilitación del proceso de individuación y consolidación de la identidad; así como a la transmisión de valores, el desarrollo de la sexualidad, la construcción de vínculos primarios y secundarios y a la formación, empoderamiento y protección de los derechos de sus miembros.

Especialistas en familia como Ackerman (1994) señalan algunas funciones básicas como provisión de alimentos, abrigo y atención de otras necesidades materiales, así como de protección frente al peligro externo. Una segunda función es la provisión de la unión social a través de lazos afectivos. Luego, la oportunidad de desplegar la identidad personal para enfrentar experiencias nuevas, así como el modelamiento de roles sexuales, el ejercicio de roles sociales y el fomento al aprendizaje; y el apoyo a la creatividad e iniciativa individual.¹⁰⁴

Durán¹⁰⁵ señala algunos aspectos clave de la diversidad actual de las familias. Él sostiene que las familias como grupo humano tienen diversas funciones generales, básicas y comunes. Éstas pueden tener características particulares de acuerdo a la cultura, estrato socioeconómico y período histórico.

Otra propuesta de funciones de la familia es la de Dughi y otros colaboradores¹⁰⁶ (1995), la cual plantea que cualquiera sea el contexto

¹⁰⁴ Ackerman, Nathan: Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares: Psicodinamismos de la vida familiar. Pp.39-40. Edición N° 10. Lumen-Hormé. Buenos Aires, 1994.

¹⁰⁵ Díaz Tenorio, Valdés Giménez y Durán Go ndar. Consideraciones teórico metodológicas para el abordaje socio psicológico de la familia en la realidad cubana. En: Robichaux, David (comp.) Familia y diversidad en América Latina. CLACSO, 2007. En: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (ahora MIMP), Organización Panamericana de la salud, Rosa Dierna: Marco conceptual sobre Familias. P.49. Documento Técnico. Lima, 2011.

¹⁰⁶ Dughi, Pilar; E. Macher, A. Mendoza y C. Núñez: Salud mental, infancia y familia. P.25. UNICEF/IEP. Lima, 1995.

histórico social en que se desarrolle la familia, tiene que cumplir tareas esenciales.

A continuación se presentan la relación de funciones de la familia trabajadas por Durán y Dughi:

Funciones de la Familia según Durán¹⁰⁷	Tareas de la Familia según Dughi y otros¹⁰⁸
Biosocial: sexualidad, amor, afecto, crianza, producción de modelos de comportamiento masculino y femenino.	Biológica y formadora: Asegurar la satisfacción de necesidades biológicas del niño y complementar sus inmaduras capacidades de un modo apropiado en su desarrollo evolutivo.
Socio-económica: Abarca el cuidado de enfermos y personas adultas mayores, reposición de fuerza de trabajo, servicio social, organización del trabajo doméstico, presupuesto, abastecimiento y consumo, asistencia a instituciones de educación y salud.	Canalización de impulsos: Enmarcar, dirigir y canalizar los impulsos del niño con miras a que llegue a ser un individuo integrado, maduro y estable.
Cultural: Se trata de la satisfacción de necesidades espirituales, recreación, superación y uso del tiempo libre, comunicación, transmisión de tradiciones.	Modeladora de normas y valores: Enseñarle los roles básicos, el valor de las instituciones y los modos de comportarse, constituyéndose en el sistema social primario.
Formadora: Es la resultante de la integración de las otras funciones	Transmisora: Transmitirle las técnicas adaptativas de la cultura, incluido el lenguaje.

Es posible inferir que las funciones definidas por los especialistas señalados tienen en común algunas que son integrales e interdependientes, las cuales

¹⁰⁷ Díaz Tenorio, Valdés Giménez y Durán Gondar. Consideraciones teórico-metodológicas para el abordaje socio psicológico de la familia en la realidad cubana. En: Robichaux, David (comp.) Familia y diversidad en América Latina. CLACSO, 2007. En: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (ahora MIMP), Organización Panamericana de la salud, Rosa Dierna: Marco conceptual sobre Familias. P.49. Documento Técnico. Lima, 2011.

¹⁰⁸ Dughi, Pilar; E. Macher, A. Mendoza y C. Núñez: Salud mental, infancia y familia. P.27 -29. UNICEF/IEP. Lima, 1995.

para efectos de la Aplicación del Programa Familias Fuertes aseguran bases para la estructuración de familias fuertes y empoderadas. Éstas se presentan a continuación:

Funciones Clave de las Familias Fuertes y Saludables¹⁰⁹		
1.	Nutricia	Es responsable de la nutrición alimentaria, emocional y afectiva de sus miembros.
2.	Provedora	Vela por una atención de necesidades materiales básicas e integrales.
3.	Socializadora	Modela formas de sentir y actuar a través de pautas de crianza, el control de impulsos, los límites de la conducta y normas de convivencia. Incluye la formación de roles de género.
4.	Protectora	Da seguridad, cuidado integral en todas las dimensiones del desarrollo adolescente: físico, neurobiológico, psico-emocional, afectivo, sexual, cognitivo. Protege derechos.
5.	Constructora	Contribuye en el proceso de individuación infantil y estructuración de la identidad y autoestima de cada uno de los miembros de la familia.
6.	Transmisora	Transmite pautas culturales, paradigmas, formas de pensar, mitos, el imaginario social sobre ser hombre y mujer, la forma de ejercicio de poder.
7.	Formadora	Modela valores en lo ético y moral. Modela desarrollo espiritual. Fomenta desarrollo de intereses y proyecto de vida.

¹⁰⁹ Elaborada por Baca, María Edith sobre la base de varias propuestas de funciones familiares revisadas. Lima, 2014.

B. ASPECTOS CLAVE EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR



1. El proceso de socialización

Conducir el proceso de socialización es una de las principales funciones de las familias. Este ocurre principalmente, en los primeros cinco años de vida y permite en el niño y la niña el aprendizaje temprano de formas de pensar, sentir y actuar del padre y de la madre, o de sus cuidadores; y de todos aquellos que los rodean. En esta etapa del curso de la vida, niños y niñas aprenden y fijan actitudes y conductas que en calidad de programas se van a activar en la adolescencia y adultez. A partir de estos modelos se aprende el buen trato o el uso del castigo físico y emocional contra los hijos desde temprana edad. Este castigo se ejerce con la complicidad social. De esta manera, se usa el miedo, la amenaza y el sometimiento como mecanismo regulador de la conducta.

Es la familia el primer escenario en que el niño y la niña aprenden a construir sus representaciones sociales acerca de lo femenino y masculino de acuerdo al sexo de pertenencia, aprenden a internalizar como natural la relación de víctima y victimario, de dominante y sometido. Así, través del proceso de socialización se aprenden todos los roles y se forman las actitudes.

Por lo tanto, la socialización en las comunidades andinas y amazónicas son distintas y debe ser comprendida y abordada con pertinencia cultural.

2. El rol de la comunicación y el afecto en los vínculos familiares

La esencia de todo vínculo es social. Ningún vínculo es impersonal. Para Pichon-Riviére (2006) el vínculo es una estructura dinámica en continuo movimiento que engloba por igual al sujeto y al objeto en una relación particular, la cual resulta una conducta más o menos fija con ese objeto, que tiende a repetirse automáticamente¹¹⁰.

Existen **vínculos primarios**, aquellos lazos afectivos que se dan en el marco familiar sean consanguíneos o no, como por ejemplo un padrastro, quien representa a la figura paterna. Se trata de vínculos primarios y van a acompañar el surgimiento de otros vínculos, ya sea favoreciéndolos o perturbándolos.

Los **vínculos secundarios** se construyen fuera del núcleo familiar, contribuyen en el proceso de diferenciación y construcción de la identidad, ayudan en la regulación social, son un indicador de salud mental. Existen vínculos exogámicos perversos como las pandillas, las cuales son un indicador de la disfuncionalidad familiar.

El afecto y la comunicación configuran una diada sobre la que se sostienen los vínculos y el tipo de familia. Ambos constituyen la materia prima sobre la cual se va erigir el proceso de individuación y de la identidad de cada uno de los miembros. A través de ésta, niños, niñas y adolescentes van a poder expresar lo que sienten y piensan, van a saber si son valorados, respetados y queridos; así como podrán percibir que existen otros miembros distintos a él o ella. También a través de la comunicación se aprende a confiar, valorar y respetar a los padres o cuidadores.

Sin comunicación no hay vínculo familiar en la medida que éste es

¹¹⁰ Pichon-Riviére, Enrique: Teoría del vínculo, Colección psicología contemporánea. P.35 . Ediciones Nueva Visión: Buenos Aires, 2006

instrumentado a través de la comunicación. Cuando la comunicación con los padres o cuidadores es mala y está interferida, entonces se puede inferir que el afecto también está interferido, es pobre o ausente.

La confusión y la ambigüedad es el marco en que se sumergen los sentimientos y afectos. Nadie entiende a nadie y la comunicación se da más por pensamientos y sentimientos no expresados o por gestos, actos y conductas contradictorias, intimidatorias y violentas, que por la expresión verbal. Esta es la forma de comunicación no manifiesta.

Cuando la comunicación no manifiesta se embalsa, llega un momento en que detona la expresión verbal sin control alguno y se suele decir lo que no se piensa y siente. De esta manera, se abren paso brotes tan fuertes de violencia que reponerse de éstos, es cada vez más difícil. La comunicación se convierte así, en un hecho irreparable.

La privación temprana de afecto y comunicación son hechos violentos que desencadenan más violencia. Cuando la comunicación basada en el afecto y la confianza fallan, surge la violencia como mecanismo para comunicar las partes malas de los miembros de la familia.

3. Proceso de individuación y consolidación de la identidad adolescente

Para formar familias se necesitan procesos de individuación de sus miembros, cuando esto no ocurre, las familias llegan a fracasar.

El esqueleto es al cuerpo como la identidad es al psiquismo. Esta analogía es útil para comprender la importancia de los vínculos familiares para contribuir con el proceso de individuación infantil y la afirmación de la identidad adolescente. A través de este proceso de estructuración de la identidad se construye el auto concepto, la valoración de sí mismo y la claridad del rumbo propio.¹¹¹

¹¹¹ Organización Panamericana de la Salud /OMS-GTZ (ahora GIZ), Baca, María Edith.: Determinantes sociales, comunitarios, relacionales e individuales de la violencia que afecta a adolescentes y jóvenes desde el modelo ecológico. P.57. Lima, 2008.

El reconocimiento del cuerpo es un paso esencial hacia la individuación. Otro paso se da a través del destete. Así, el bebé aprende a diferenciarse de su madre y de los otros. Va progresivamente incorporando a otros a su mundo interior de manera diferenciada por la experiencia vivida con cada quien; y es a través de esta incorporación discriminada de los otros, que el infante va construyendo su propia individuación.

4. Rol de los factores protectores para una familia fuerte

Los factores protectores son aquellas variables psicológicas, familiares o sociales que sirven como escudos para favorecer el desarrollo de los seres humanos. Son susceptibles de cambiar factores de riesgo, evitar su aparición o neutralizar el impacto del riesgo. Las diversas estrategias de prevención se dirigen a reducir los factores de riesgo y estrés, así como a promover factores protectores a nivel personal, interpersonal y comunitario.

Hawkins describe a la **familia protectora** como aquella que: desarrolla una relación muy fuerte con el niño(a), valora y alienta la educación, maneja el estrés eficazmente, pasa el tiempo positivamente con los hijos, usa un estilo de tratar a los hijos de una forma cálida y baja en la crítica (en lugar de ser autoritario o permisivo), es protectora y cariñosa, tiene expectativas claras, fomenta las relaciones de apoyo efectivos con los adultos, comparten las responsabilidades de la familia.¹¹²

Según Gazmery, Masten y Tellegen (1984),¹¹³ los factores protectores operan a través de tres mecanismos:

- **Modelo del desafío:** El estrés es visualizado como un estímulo para actuar con mayor competencia.
- **Modelo compensatorio:** El estrés potencial puede ser mediatizado por cualidades personales o por alguna fuente de apoyo.
- **Modelo de la inmunidad:** Existe una relación condicional entre los estresores y los factores protectores que modulan el impacto del factor

¹¹² En: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (ahora MIMP), Organización Panamericana de la salud, Rosa Dierna: Marco conceptual sobre Familias. P.41. Documento Técnico. Lima, 2011.

¹¹³ Gazmery, Masten y Tellegen (1984). En: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (ahora MIMP), Organización Panamericana de la salud, Rosa Dierna: Marco conceptual sobre Familias. P.41. Documento Técnico. Lima, 2011.

estresor aun cuando éste ya no esté presente.

En materia de prevención **la resiliencia** es un proceso clave. En la resiliencia se conjuga un entramado de factores de protección. Se puede observar una respuesta apropiada de adaptación de los miembros de una familia frente a una situación de riesgo y adversidad, resolviendo con eficacia situaciones de conflicto individual, familiar y social.

Grotberg (1996) define la resiliencia como la capacidad humana para salir fortalecidos de las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformados por estas.¹¹⁴

Para Vanistendael (1994), la resiliencia tiene dos componentes fundamentales: la resistencia a la destrucción y la capacidad para reconstruir sobre circunstancias o factores adversos. Los enfoques de riesgo y resiliencia son complementarios, ya que a la par de promover aspectos protectores y saludables en los niños y adolescentes, disminuyen aspectos que interfieren en lograr un nivel óptimo de sus potencialidades.¹¹⁵

La **resiliencia familiar** se basa en la actitud de las familias para identificar, enfrentar y resolver sus conflictos, aprovechándolos para su crecimiento y creación de oportunidades a partir de las crisis; también para organizarse, autorregularse, manejar el estrés, las frustraciones y aprender de los errores.¹¹⁶

5. EL EJERCICIO DEL PODER EN LA CRIANZA

La manera como se ejerza el poder en los vínculos familiares es un indicador del tipo de familia y su funcionamiento. El ejercicio del poder o conducción familiar afecta el cumplimiento de las funciones familiares, va a marcar la diferencia entre una familia saludable o no, entre una familia funcional o disfuncional.

¹¹⁴ Grotberg (1996). En: Organización Panamericana de la Salud, Brienbauer. C y Maddaleno, M. Jóvenes: Opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Publicación Científica y Técnica N° 594. Pp.152. WDC, 2008.

¹¹⁵ Vanistendael (1994) y Grotberg (1996). En: Organización Panamericana de la Salud, Fundación W.K. Kellogg, Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Kotliarenko, M.A., I. Cáceres: Estado del arte de la resiliencia. P.6. WDC, 1997.

¹¹⁶ En: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (ahora MIMP), Organización Panamericana de la Salud, Rosa Dierna: Marco conceptual sobre Familias. P.42. Documento Técnico. Lima, 2011.

Las evidencias indican que el poder democrático y horizontal es el más efectivo para asegurar la cohesión familiar, comunitaria y social. Se trata de ejercer la autoridad basada en el respeto, la confianza y valoración de los miembros de la familia; en la fijación de límites de la conducta y normas de convivencia, libres de violencia. Estos límites y normas se monitorean y se van ajustando de acuerdo a la edad y características de sus miembros.

Se producen efectos perjudiciales y similares cuando se ejerce el poder de manera autoritaria, permisiva o sobreprotectora en la familia. La anulación, el control de la conducta, el daño moral, la desconfianza y baja autoestima son efectos concretos de estos modelos nocivos.

Para efectos de la aplicación del programa “Familias Fuertes: Amor y Límites” no se incluye el rol de sobreprotección parental, pero es importante tener presente los efectos también nocivos en la construcción de la identidad, autoestima y autonomía de sus miembros.

C. PERSPECTIVAS TEÓRICAS DE ABORDAJE DE LAS FAMILIAS

PSICOLÓGICA: La Familia desde el enfoque psicosocial, psicodinámico, cognitivo-conductual y sistémico

Nivel individual e interpersonal

SALUD PÚBLICA-Promoción de la Salud: La Familia es un grupo social en búsqueda continua de bienestar físico, psicológico y social.

Nivel familiar, comunitario y sociopolítico

ANTROPOLÓGICA: La Familia es un sistema de creencias y valores que se transmiten a través de generaciones.

Nivel sociopolítico

1. **Psicológica:** Psicosocial, Psicodinámica, Cognitivo-conductual y Sistémica. Opera a nivel individual e interpersonal del modelo ecológico.

✓ **Psicología social**

La familia puede ser analizada como institución y como grupo social. Como institución dirige el proceso de socialización de las personas, cambiante en el tiempo y las distintas sociedades, es el espacio de vínculo e intermediación entre la persona y el sistema social. Es el lugar clave para la acción de las políticas sociales y económicas. En tanto grupo social, conforma un sistema de relaciones afectivas, consanguíneas, cohabitacionales que garantiza la reproducción social, la satisfacción de necesidades de sus miembros y regula su desarrollo. Implica diversidad y particularidad.

✓ **Psicodinámica**

La familia es la primera instancia socializadora, esencial para el desarrollo de niños y niñas, para la formación de pautas de conducta. Es una instancia dinámica que a la vez traduce, transmite, transforma o perpetúa la cultura. Es un núcleo del parentesco medular y esencial de la sociedad, basado en los vínculos, en los intercambios emocionales, afectivos y cognoscitivos entre sus miembros.¹¹⁷

✓ **Cognitivo-conductual**

Las teorías sobre los patrones de conducta saludable proponen formas de lograr el cambio conductual. Muchas veces, una teoría parece ser insuficiente para explicar las complejidades de la conducta respecto de la salud, lo que lleva a la creación de modelos de patrones de conducta saludable.

Los modelos recurren a numerosas teorías y comprobaciones empíricas para ayudar a las personas a comprender un problema específico dentro de un ámbito o contexto en particular¹¹⁸

¹¹⁷Baca, María Edith. Presentación: Breve marco conceptual sobre familias. VI Convención Nacional de Familias: Políticas públicas de fortalecimiento de las familias: Construyendo el Sistema Nacional de Cuidados. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Lima-Perú. mayo 2013.

¹¹⁸ Glanz, K., Rimer, B.K. and Lewis, F.M. (2002): Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice. San Francisco: Wiley & Sons. En: Ministerio Mujer y Desarrollo Social (ahora MIMP), Organización Panamericana de la salud, Rosa Dierna: Marco conceptual sobre Familias. P.38. Documento Técnico. Lima-Perú, 2011.

✓ Sistémica

Este enfoque considera a la familia como un sistema sociocultural abierto formado por individuos ligados por parentesco consanguíneo o de alianza. Como sistema es capaz de autorregularse, fijarse objetivos y mantener su equilibrio en intercambio constante con el medio ambiente; cambia pero sin dejar de ser ella misma¹¹⁹. Está constituida por sub sistemas: marital o parental, parento-filial, fraternal. Las familias adaptativas tienen límites bien definidos y pueden establecer relaciones adecuadas con otros subsistemas. Constituyen redes familiares y sociales de soporte para momentos de crisis.

2. Salud Pública-Promoción de la salud: Niveles interpersonal, comunitario y socio político.

Existen determinantes sociales que afectan la salud de la población y su falta de respuesta impacta en el desarrollo a nivel individual, familiar y comunitario; y colocan a las familias en situación de riesgo y vulnerabilidad o de protección.

La **familia saludable** es aquella en la que sus miembros se encuentran en la búsqueda continua de su bienestar físico, psíquico, social y mantienen condiciones favorables para preservar y fomentar su desarrollo, respetando su dignidad, sus expectativas y necesidades; viven resolviendo adecuadamente los conflictos entre sus miembros y en un entorno saludable; siendo responsables de sus decisiones individuales y familiares, promoviendo principios, valores así como actitudes positivas para la vida¹²⁰

3. Socio-Antropológica: Nivel Socio-Político o macro sistema

Según Robichaux (2007), se debe introducir la categoría **cultura** en los abordajes de la familia, a fin de captar las distintas lógicas culturales que subyacen a las normas familiares y de organización del género, que se encuentran en el nivel sociopolítico del modelo ecológico. Se entiende por

¹¹⁹ Dughi, Pilar, E. Macher, A. Mendoza y C. Núñez: Salud mental, infancia y familia. UNICEF/IEP. Lim a, 1995.

¹²⁰ Ministerio de Salud. DGPS. PARSALUD: Guía de Familia y Vivienda saludables. Lima, 2005.

lógica cultural a las reglas y valores heredados socialmente de generación en generación.¹²¹

Los **elementos de la familia** se basan en un sistema de valores y creencias (se comparte en la trayectoria de vida y genera una identidad colectiva, sentido de pertenencia y cohesión interna), con estructura y organización (reglas de inclusión, interacción y jerarquización para garantizar valores y normas de convivencia, estableciendo incentivos y sanciones), que tienden a la interacción (relaciones a partir del ejercicio de roles y funciones) y la componen personas que integran la familia en forma dinámica.¹²²

D. IDEAS FUERZA SOBRE LAS FAMILIAS

Primera idea Fuerza

Familias Fuertes: Amor-Comunicación-Límites-Factores protectores

- **Una familia fuerte** es aquella que socializa pautas de crianza efectivas y conductas saludables, que se caracteriza por el cumplimiento de sus funciones, basada en lazos afectivos, respeto y confianza; por el aprendizaje temprano de límites a la conducta de sus miembros.
- Se define también, por el tipo de vínculos basado en la autoridad, en la valoración entre sus miembros, en una comunicación manifiesta libre de engaños, en normas de convivencia que se consensuan y respetan, así como en el desarrollo de la capacidad de sus miembros para valerse por sí mismos.
- **Una Familia Fuerte** que está empoderada, se reconoce porque sus miembros saben quiénes son, cuánto valen y adónde quieren ir. Sus miembros tienen sueños y proyectos de vida, cuentan con respaldo familiar y resuelven sus conflictos sin violencia. Predominan los factores protectores.

¹²¹ Robichaux, David: Sistemas familiares en culturas sub-alternas de América Latina: una propuesta conceptual y un bosquejo preliminar. En: Robichaux, David (comp.) Familia y diversidad en América Latina. CLACSO, 2007. En: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (ahora MIMP), Organización Panamericana de la salud, Rosa Dierna: Marco conceptual sobre Familias. P.45. Documento Técnico. MIMDES OPS, 2011.

¹²² En: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (ahora MIMP), Organización Panamericana de la salud, Rosa Dierna: Marco conceptual sobre Familias.P.26 Documento Técnico. Lima, 2011.

Segunda Idea Fuerza

Asegurar cumplimiento de funciones familiares	
<p>Nutricia: Alimentación y afecto</p> <p>Provedora: Necesidades básicas</p> <p>Socializadora: Límites y crianza efectiva</p> <p>Protectora: Seguridad, protege desarrollo integral y derechos</p>	<p>Constructora: Identidad</p> <p>Formadora: Modela ideas, valores. Fomenta desarrollo de intereses y proyectos de vida.</p> <p>Transmisora: Cultura, mitos paradigmas, modelos de ejercicio de poder.</p>

Tercera idea fuerza

Aspectos clave en el funcionamiento familiar
<ol style="list-style-type: none"> 1. El proceso de socialización. 2. Los vínculos basados en el afecto, la comunicación manifiesta, la confianza, la valoración de sus miembros y están libres de violencia y engaños. 3. El proceso de individuación en la infancia y consolidación de la identidad adolescente. 4. El ejercicio saludable del poder en la familia: La autoridad basada en límites de la conducta y normas de convivencia. 5. Los factores protectores y la resiliencia familiar.

V. QUINTO CAPÍTULO

5. UNIDAD DE ANÁLISIS “SER MADRE Y PADRE”

No se suele ser formado previamente para ser madres, padres o cuidadores de niños, niñas y adolescentes. Se aprende recién cuando nacen los hijos, asumiendo o no el rol y los desafíos que implica el desarrollo de éstos.

La manera más saludable es ponerse de acuerdo previamente en cómo orientar la socialización y la conducción de la crianza. Una orientación u orden contradictoria entre la madre y el padre influyen en el nivel de seguridad, valoración y confianza de los hijos. Para tales efectos, es importante tomar en cuenta los pasos más importantes y los roles para una crianza saludable y efectiva.

5.1. DIMENSIONES DE SER MADRE Y PADRE

De los estudios realizados y las rutas que se han propuesto para ser mejores madres y padres se han identificados componentes comunes. No obstante, se observa que el componente de la generación de confianza con los hijos no está presente o se la presenta de manera tácita. Sin embargo, sobre la base de la experiencia recogida en la aplicación del Programa Familias Fuertes: Amor y Límites el tema de la confianza aparece constantemente como un indicador emergente.

Partiendo de que la confianza es un ingrediente esencial para asegurar una buena comunicación, afianzar los lazos afectivos y la valoración entre los miembros de una familia, se ha incluido en el presente documento, un modelo que incorpora la confianza como un indicador clave para una crianza efectiva.

Previamente, se resaltan algunos aspectos relevantes para ayudar a madres y padres a configurar familias fuertes, tales como el proceso de socialización, el tipo de involucramiento de madres y padres; los límites de la conducta y las normas de convivencia, así como el tipo de ejercicio del poder en las relaciones familiares.

5.1.1. ATENCIÓN EN EL PROCESO DE SOCIALIZACIÓN

- El proceso de socialización se inicia desde los 0 años y culmina aproximadamente a los 5 años de edad. Se la reconoce como la etapa de registros de conducta, actitudes y valores, donde aún no existe la capacidad de procesar lo aprendido.
- Madres, padres o cuidadoras serán los modelos de aprendizaje de conducta. Niños y niñas copian y reproducen las conductas aprendidas sin posibilidad de reflexionar aún sobre estas.
- Durante este proceso se establecen los tipos de vínculos, el afecto o desafecto, la comunicación, la confianza, la valoración, la moral, los límites, el buen trato o maltrato.
- Este periodo del curso de la vida es el más promisorio para afianzar buenas prácticas de crianza y conductas de protección. Se aprenden pautas de conductas saludables y de riesgo, con las cuales se puede predecir conductas futuras en la adolescencia y la adultez.
- Se aprende el modelo sobre lo femenino y masculino, los estereotipos sexuales que dividen a las personas en fuertes y débiles, superiores e inferiores.

5.1.2. EL INVOLUCRAMIENTO DE MADRES Y PADRES

El involucramiento de los padres es un factor protector del desarrollo adolescente. Las evidencias indican que a menor involucramiento, mayor la tendencia a conductas de riesgo como el consumo de drogas legales e ilegales, la violencia y conductas sexuales tempranas y de riesgo.

A continuación se presenta una relación de conductas de involucramiento y no involucramiento de madres y padres adaptados de dos publicaciones:¹²³

¹²³ Organización Panamericana de la Salud, Brienbauer. C y Maddaleno, M. Jóvenes: Opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Publicación Científica y Técnica N° 594. Pp.141 y 155. WDC, 2008. Y A. Rae Simpson, Centro para la Comunicación de Salud-Escuela de Salud Pública de Harvard: Ser padres de adolescentes: Una síntesis de la investigación y una base para la acción. Pp 7-13. Organización Panamericana de la Salud, ASDI, NORAD, Boston 2001.

Madres y Padres involucrados	Madres y Padres No involucrados
<ul style="list-style-type: none"> ● Escuchan, prestan atención y cuidado, comparten actividades. ● Atienden a hijos e hijas de acuerdo a necesidades de estos y no de acuerdo a necesidades parentales. ● Procedimientos claros y no violentos para colocar límites en la conducta, impartir normas de convivencia y sanciones de acuerdo a la edad, grado de la transgresión y personalidad. ● Refuerzan conductas saludables y logros. ● No festejan conductas basadas en la pérdida de límites, así resulten graciosas. ● Conocen a las amistades, conocen su paradero y supervisan sus actividades. ● Promueven y refuerzan conductas de autonomía y toma temprana de decisiones, de acuerdo a la edad, orientándolos hacia la capacidad de valerse por sí mismos. ● Aprendizaje a la tolerancia de la frustración, a través del destete progresivo y no atendiendo el manejo neurótico de las conductas, como las pataletas. ● Organizan horarios de alimentación, aseo, juego, tareas y sueño. ● Promueven la construcción de vínculos con amistades de su edad, comprenden que las relaciones fuera de la familia ayudan a construir la identidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ● No escuchan a sus hijos, no conversan ni pasan tiempo suficiente con ellos, ni comparten actividades. ● Solo sancionan y no refuerzan logros y conductas positivas. ● Festejan conductas con pérdida de límites y transgresoras. ● Refuerzan conductas de permisividad. ● O usan sanciones violentas. ● No tienen conocimiento del paradero de sus hijos cuando salen del colegio o cuando no están en casa. ● No prestan atención a programas de televisión y video juegos que ven sus hijos. ● No prestan atención a lo que hacen sus hijos en el colegio. ● No controlan las salidas de sus hijos ni conocen a sus amigos. ● No tienen conocimiento del lugar al que van sus hijos cuando salen de casa. ● No se sientan a la mesa junto a sus hijos, al menos cuatro o más días por semana.

5.1.3. LOS LÍMITES Y NORMAS DE CONVIVENCIA

La ausencia, la pérdida del sentido o desuso de las normas sociales es conocida como **anomia**. Cuando en un grupo social funciona sin límites en la conducta y normas de convivencia estos grupos fracasan e ingresan a un proceso de descomposición social. ***Sin límites y normas no hay cohesión familiar ni social.***



Importancia de los límites en la conducta y las normas de convivencia

- Los límites de la conducta y las normas de convivencia son piezas esenciales para organizar las familias, estructurar la identidad de cada uno de sus miembros, dar claridad en lo que se espera de la conducta y proteger la salud física y mental. Evitan la descomposición social, la destrucción y autodestrucción individual, familiar y comunitaria.
- Sirven como guía para la conducta grupal y ayudan a reducir en ésta los niveles de ambigüedad, alimentan la cohesión y la coherencia grupal.
- La pérdida de límites y falta de funcionamiento de las normas son altamente predictivas de la conducta individual y grupal, consiguen que las personas y los grupos puedan anticiparse a las acciones de los otros; y por consiguiente, sean capaces de preparar respuestas más adecuadas.
- Cuando las normas son usadas para dividir y someter, entonces la norma se ha convertido en poder. La claridad se convierte en ambigüedad y el orden se transforma en control y violencia.

5.1.4. EL EJERCICIO DEL PODER EN LA CRIANZA

Para ser madres y padres es clave el concordar en la forma de ejercer el poder en la familia. La forma más saludable es a través del ***ejercicio de la autoridad***. Esta forma de ejercer el poder a través de la **autoridad**, potencia la comunicación manifiesta, siembra confianza, fortalece vínculos afectivos, mejora la cohesión familiar y permite un mejor proceso de individuación infantil

y consolidación de la identidad adolescente. Es a través del ejercicio de la autoridad que se fijan los límites y definen las normas de convivencia, que se va graduando la independencia, se supervisa y se sanciona la conducta, según la edad, el grado de transgresión de la misma, la personalidad de sus miembros, sin medios violentos.

A continuación se exponen los tres tipos más comunes de ejercicio del poder en la familia. Vale agregar que a veces estos tipos ocurren en las familias de manera combinada, pero suele ser un tipo de ejercicio del poder el predominante.

LA AUTORIDAD	EL AUTORITARISMO	LA PERMISIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ● Se ponen límites a la conducta y se definen normas de convivencia libres de violencia. ● Se usa la comunicación manifiesta. ● Se expresan ideas, emociones y sentimientos con respeto y confianza. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Daña la comunicación, el afecto y la identidad. ● Está basada en necesidades de control, dominación y débil lazos afectivos. ● Se imponen formas de pensar, sentir y actuar de manera violenta. ● Es propio de personas inseguras, con baja autoestima. ● Puede ser un modelo aprendido de los padres. ● Cultiva conductas transgresoras y conductas de riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Al igual que al exceso de normas contribuye a desestructurar la identidad. ● Tiende a anular a los hijos ● Se pierde noción entre lo prevenible y riesgoso, entre lo sano e insano, entre lo lógico e inmoral. ● Los hijos no aprenden recursos para enfrentar la vida autónoma, para hacer plan de vida. ● Los hijos suelen tener conductas de riesgo y violencia.

5.2. ALGUNOS CAMINOS PARA SER MADRE Y PADRE

- Modelo: El ABC de Ser Padres de la OMS-2007
- Modelo de la Escuela de Salud Pública de Harvard-2001
- Modelo dinámico de la familia-1998

5.2.1. Modelo: El ABC de Ser Padres

La Organización Mundial de la Salud (2007) sobre la base de investigaciones definió tres dimensiones esenciales del Rol de Ser Padres y las definió como el ABC de Ser Padres.

En un estudio impulsado por la OMS (2002) en la cual participaron 57 países, se demostró que la cercanía y buenas relaciones con padres representan un factor protector que está asociado con la postergación del inicio de relaciones sexuales, con el menor uso de sustancias y menor prevalencia de depresión.



A: Abogacía	B: Monitoreo	C: Relaciones significativas
<ul style="list-style-type: none"> - Promover y proteger el puente hacia la comunidad. - Padres que proveen nutrición, vestuario, hogar, educación y salud, así como una red de adultos significativos. - Asumir rol activo: selección de escuelas, crear oportunidades para desarrollo de competencias y actividades extracurriculares. - Acceder a recursos: servicios de salud, información confiable sobre sexualidad. - Provisión y protección es el desafío para familias pobres. - Provisión de necesidades y apoyo a desarrollo de intereses es sentido por los adolescentes como afecto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Acompañar, supervisar y monitorear conducta, actividades, tareas, deseos e intereses - Establecer límites y definir consecuencias de conductas inadecuadas - Regulación de horarios, espacios, vida social, uso del tiempo libre. - Velar por el cumplimiento de las funciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuyen todas las conductas de riesgo y es un gran factor de protección. - Aceptación parental está relacionada con relaciones positivas con pares y mayor bienestar en la edad adulta. - Estudios demuestran que en diferentes grupos étnicos (USA y 10 países) hay una relación fuerte entre ajuste psicológico y aceptación parental. - Padres deben evitar: Ridiculizar, avergonzar, culpar, no dejarlos hablar, no escucharlos, no respetar su privacidad, hacer comparaciones con otros miembros de la familia, colocar expectativas altas.¹²⁴

¹²⁴ Rohner, Ronald: The parental acceptance-rejection syndrome: Universal correlates of perceived rejection. American Psychologist, 59, 830-840. Center for The Study Interpersonal Acceptance and Rejection. USA, 2004.

EL MONITOREO

Está asociado a:

Disminución del consumo de drogas legales e ilegales, del embarazo precoz, de problemas escolares, de la depresión e intentos de suicidio, de la influencia nociva de pares, de la victimización y delincuencia.

LAS RELACIONES SIGNIFICATIVAS

Están asociadas a:

Disminución del consumo de tabaco, alcohol y marihuana, disminución de la depresión e ideas suicidas, de la violencia interpersonal, retraso en el inicio de las relaciones sexuales, niveles altos de competencia social.

5.2.2. Modelo Harvard: Cinco conceptos básicos para ser madre y padre de adolescentes.¹²⁵



¹²⁵ A. Rae Simpson, Centro para la Comunicación de Salud-Escuela de Salud Pública de Harvard: Ser padres de adolescentes: Una síntesis de la investigación y una base para la acción. Pp. 9-13. Organización Panamericana de la Salud, ASDI, NORAD, Boston, 2001.

1. Amor y conexión	Estrategias
<p>Para que los y las adolescentes desarrollen, requieren de una relación con los padres que les ofrezca apoyo y aceptación, mientras acomodan y afirman su creciente madurez. Necesitan también que los padres les hablen sin engaños para generar confianza de sus hijos y afianzar así, una comunicación manifiesta sana y basada en lazos afectivos y con valoración a los padres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● No dejar pasar el momento apropiado para expresar afecto y escuchar. ● Reconocer los buenos momentos que aporta el desarrollo adolescente ● Esperar mayores críticas ● Pasar más tiempo escuchando ● Tratar a cada hijo/a adolescente como una persona única ● Apreciar y reconocer ● Adjudicar roles significativos

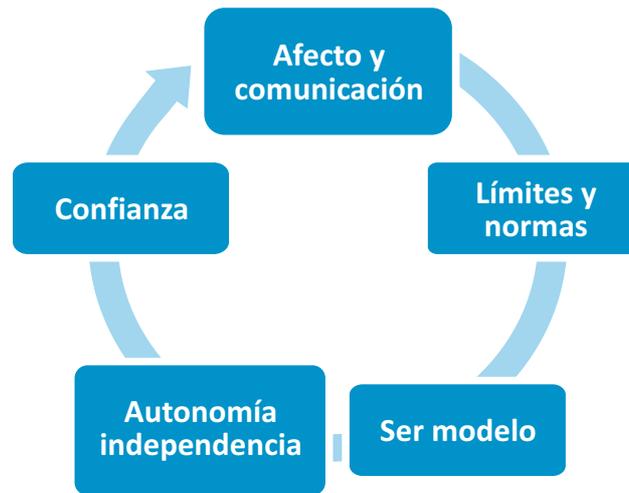
2. Controlar y observar	Estrategias
<ul style="list-style-type: none"> ● Estar atentos de las actividades de su hijo/a y demostrárselo. ● Observar su estado emocional, el desempeño escolar, actividades extraescolares, relación con sus pares y con los adultos, y la recreación; a través de un proceso que, de manera creciente, involucre una menor supervisión directa y mejor comunicación y trabajo en conjunto con otros adultos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Saber dónde está su hijo/a. ● Mantener contacto con otros adultos. ● Participar en eventos escolares. ● Mantenerse informado sobre el progreso de su hijo/a. ● Estar atento y reconocer señales de alarma. Reconocer mensajes reiterativos, no manifiestos, pueden estar expresando signos de alarma o riesgo. ● Registrar cambios en estados de ánimo, en fuerza de voluntad y el control de impulsos. ● Pedir consejo si hay preocupación. ● Vigilar las experiencias de su hijo/a ● Evaluar el grado de desafíos. ● Los padres de pre adolescentes necesitan monitorear y supervisar sus actividades.

3. Guiar y limitar	Estrategias
<ul style="list-style-type: none"> ● Los adolescentes necesitan que sus padres sostengan una serie de límites claros, pero progresivos, manteniendo las reglas y los valores familiares importantes, sin dejar de estimular una mayor capacidad y madurez. ● Los límites y reglas deben mantenerse una vez haya ocurrido la sanción, el cambio les puede producir confusión, ambivalencia y la tentación a la transgresión. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mantener las reglas. ● Comunicar expectativas. ● Elegir los campos de batalla. ● Utilizar la disciplina como herramienta. ● Restringir las sanciones ● Renegociar responsabilidades y privilegios

4. Dar el ejemplo y aconsejar	Estrategias
<p>Información permanente al adolescente y apoyo en su toma de decisiones, sus valores, habilidades y metas; que los ayuden a interpretar y transitar por el mundo, enseñándoles con el ejemplo y el diálogo continuo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Dar un buen ejemplo. ● Expresar creencias personales. ● Modelar el tipo de relaciones adultas. ● Responder a las preguntas de adolescentes. ● Mantener o establecer tradiciones. ● Apoyar la educación del adolescente. ● Ayudar a los adolescentes a obtener información. Dar oportunidades.

5. Proveer y abogar	Estrategias
<p>Ellos necesitan que los padres les aseguren, techo, alimentación, vestimenta y cuidados; así como un ambiente familiar que les dé apoyo y una red de adultos que se preocupe por ellos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Establecer una red de apoyo dentro de la comunidad. ● Tomar decisiones informadas. ● Tomar medidas de prevención. ● Identificar personas y programas que informen y los apoyen.

5.2.3. Modelo dinámico: La crianza efectiva para ser madre y padre en una familia saludable se requiere asegurar **5 aspectos** esenciales:



El **afecto y la comunicación** tienen una esencia **nutricia**, ayudan en el proceso de individuación de niños y niñas y de consolidación de la identidad, así como en la fortaleza de la autoestima y confianza de sus miembros.

Los límites de la conducta y normas de convivencia forman parte de una crianza efectiva, donde se ejerce el poder a través de la **autoridad**, libre de permisividad, sobreprotección, autoritarismo y violencia.

La confianza es básica para que los hijos e hijas creen, respeten y valoren a sus padres y cuidadores, para que enfrenten la vida con fe, seguridad y capacidad de logro. Confianza para enfrentar la vida y la adversidad y para construir vínculos primarios y secundarios saludables.

Autonomía e independencia: Autonomía para que los hijos-as aprendan a valerse por sí mismos, puedan pensar, sentir y actuar autónomamente y ganar independencia paulatina en la toma de decisiones. La independencia, para que en el caso de adolescentes, puedan explorar el mundo, aprendiendo de su propia experiencia y potenciando sus capacidades, de acuerdo a su edad.

Ser Modelo: Se trata del ejemplo de madres y padres o cuidadores como modelo a seguir. Se moldea las formas de pensar, sentir y actuar. Se moldea la moral y los valores que de esta se desprenden; haciendo del respeto hacia sí mismos y hacia los demás una forma de vida.

5.2.4. IDEAS FUERZA SER MADRES Y PADRES SALUDABLES

1. **Atención de necesidades nutricias:** físicas, emocionales y afectivas de hijos e hijas.
2. **Ser buen ejemplo** con pautas de crianza saludables. Un buen modelo de padre y madre gana respeto y confianza y en eso se basa la autoridad sobre los hijos. Esto significa no engañarlos. El engaño produce en ellos tres efectos nocivos: perder el respeto a los padres, sembrar desconfianza en ellos y en los otros vínculos que establezcan; y se puede convertir en modelo a seguir de adulto. Asimismo, un buen ejemplo parental enseña a los hijos a valorarlos y a fortalecer su identidad.
3. **Darle tiempo a los hijos e hijas**, compartir, conectarse con ellos, monitorearlos.
4. **Definición de límites de la conducta**, normas de convivencia y sanciones de acuerdo a edad y al grado de la transgresión. Evitar ambivalencia y límites contradictorios entre madres y padres.
5. **Ejercicio de la autoridad**, con firmeza y sin violencia.
6. **Promover capacidad para valerse por sí mismos** de hijos e hijas, graduar la libertad, según la edad, la personalidad y el contexto social.
7. **No compartir la cama con los hijos** a ninguna edad.
8. **Nacimiento de niñas y niños deseados.**
9. **Concordar y revisar periódicamente el cumplimiento de las funciones** de la familia: nutricia, proveedora, socializadora, constructora, protectora, transmisora y formadora.
10. **Conocer las 10 tareas o pasos del desarrollo adolescente.**

VI. SEXTO CAPÍTULO

6. UNIDAD DE ANÁLISIS “SER ADOLESCENTE”

6.1. SER ADOLESCENTE

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el período entre 10 y 19 años de edad.

La adolescencia es una de las etapas del curso de vida y desarrollo humano caracterizadas por el intenso cambio físico, cerebral, psicológico, sexual, cognitivo y social, que se inicia en la pubertad o pre-adolescencia, entre los 10 y 12 años, se consolida entre los 13 y 14 años y culmina aproximadamente a los 19 años.

Para abordar la adolescencia integral y multidimensionalmente es necesario tener claridad sobre las consideraciones teóricas básicas y los aspectos comunes del desarrollo adolescente, así como también reconocer la importancia de invertir en la adolescencia.

Consideraciones teóricas básicas de la adolescencia	Aspectos comunes de la adolescencia¹²⁶
<p>No es una etapa de transición. Es una etapa en donde el fortalecimiento de su identidad es central.</p> <p>La adolescencia es una condición dinámica</p> <p>Adolescentes hombres y mujeres son una población heterogénea.</p> <p>Su abordaje exige una visión integral de su desarrollo, necesidades y deseos.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La obtención de la condición adulta como meta principal. 2. La aparición de habilidades cognitivas más desarrolladas. 3. La emancipación y la autonomía como trayectoria por recorrer. 4. La construcción de una identidad propia como problema central. 5. La transición hacia nuevas funciones en la familia y la sociedad.

¹²⁶ Organización Panamericana de la Salud, Brienbauer, C. y Maddaleno, M.: Jóvenes: Opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Publicación Científica y Técnica N° 594. P.233. WDC, 2008.

6.2. ¿POR QUÉ INVERTIR EN LA ADOLESCENCIA?

- Es un derecho consagrado por la Convención Internacional de los Derechos del Niño aprobada por el Perú en 1990.
- Por 1 dólar invertido tempranamente se recuperan \$17
- Existen determinantes, nudos críticos y factores de protección que los impacta.

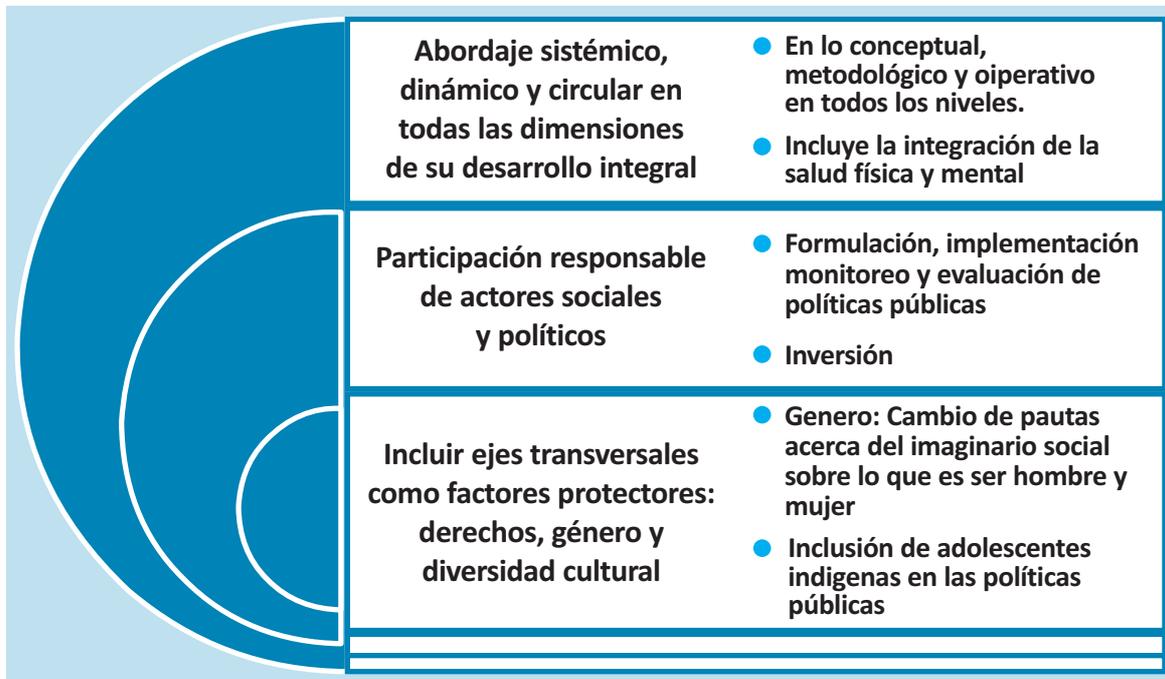
Razones de orden crítico	Razones de orden protector
<ul style="list-style-type: none"> ● Magnitud de problemas que los afecta y que repercuten familiar y socialmente. ● Tienden a ser invisibles en la implementación de políticas de desarrollo. ● Son usados como chivos expiatorios de los males sociales ● Desarrollo neurobiológico recién culmina entre los 20 y 21 años de edad. ● El embarazo temprano compromete el desarrollo adolescente. ● Si no llegan a la adultez en forma saludable representan un alto costo social y económico. ● Deuda social 	<ul style="list-style-type: none"> ● Empoderamiento de una generación que gobernará el país. ● Es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países. ● Pactos y acuerdos internacionales sobre derechos humanos. ● Inclusión social de grupos especialmente vulnerables. ● La inversión en ellos y ellas es costo efectiva. ● Fortalece la identidad y ayuda en proyectos de vida. ● Bono demográfico

Por sus determinantes distales o predisponentes
<ul style="list-style-type: none"> ● Este tipo de determinantes están asociados a los factores estructurales que generan las desigualdades, la exclusión social, los patrones culturales, el tipo de sociedad, entre los principales. ● Solo se citan como ejemplo dos indicadores predisponentes que afectan a adolescentes y jóvenes. ● El 54.3% de los jóvenes, peruanos son pobres y 23.9% son extremadamente pobres.

Por sus determinantes facilitadores o contextuales	Por sus determinantes reforzadores o proximales
<ul style="list-style-type: none"> ● Existen escenarios saludables o nocivos para su desarrollo. ● Las relaciones de poder son una determinante en la subversión de los adolescentes. ● La carencia de espacios de desarrollo personal y social los inclina hacia la violencia. ● El desarraigo social les ocasiona discriminación étnica, pobreza, estigma, exclusión social. ● Siendo la mujer la más afectada, se les ve como objetos sexuales. ● La población adolescente rural se desarraigan de su medio para lograr un mejor desarrollo personal 	<ul style="list-style-type: none"> ● Las características propias del adolescente (omnipotencia e invulnerabilidad) les ocasiona riesgos de caer en fundamentalismos y violencia. ● La población adolescente busca éxito a menor esfuerzo. ● Incipiente preocupación por su contexto social cercano. ● Hay limitados espacios para que adolescentes y jóvenes puedan conocer y ejercer sus derechos; y que faciliten su participación. ● En las relaciones de pareja predomina la conducta machista y conductas violentas, producto del referente adulto.

6.3. ¿CÓMO ABORDAR LA ADOLESCENCIA?

Abordar la adolescencia significa tener una visión integral y una perspectiva multidimensional para responder a los problemas y necesidades de adolescentes desde un enfoque de determinantes sociales. Se presenta aquí esta visión multidimensional:



6.4. NECESIDADES Y DESEOS EN LA ADOLESCENCIA ¹²⁷

Las intervenciones eficaces con adolescentes consideran las **necesidades** de los y las adolescentes como indicadores clave para promover su desarrollo y salud, así como sus **deseos** para tomar en cuenta los intereses personales, tendencias, aspiraciones y metas que motivan la adopción de conductas que se ven afectadas por cambios en todas las dimensiones del desarrollo adolescente. Por ello, es importante conocer las principales necesidades y deseos para tenerlos presentes en intervenciones que aspiran a ser efectivas.



¹²⁷ Organización Panamericana de la Salud, Brienbauer, C y Maddaleno, M. Jóvenes: Opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Publicación Científica y Técnica N° 594. Pp. 282-287. WDC, 2008.

Necesidades	Deseos
Es esencial el amor, confianza, relaciones nutricias permanentes.	Información y toma de decisiones en intereses formativos, vida social y sexual.
Aspiran a la consolidación de su identidad, autoestima y búsqueda de aceptación.	Buscan interacción social, redes sociales, conectividad virtual, códigos del lenguaje y comunicación. Salir con amigos, ir a lugares sociales, comer comida chatarra, acostarse y levantarse tarde.
Conciencia de sexualidad, excitación, masturbación e interés sexual. Aparecen sentimientos y sensaciones que acompañan este despertar como el miedo, la culpa la vergüenza, el placer.	Exploran lo nuevo, interés en nuevas experiencias. Aventurarse a experiencias de adultos y a experiencias que le den aprobación grupal.
Requieren de oportunidades, orientación, límites, valores y expectativas, así como experiencias exitosas y apropiadas para el desarrollo.	Humor y entretenimiento a través de los medios de comunicación y de medios virtuales como juegos de computadoras, competencias en juegos virtuales.
Necesitan estructuras que atiendan sus necesidades básicas, sus nuevos intereses; que sean seguros y aprobadores en el hogar, la escuela y los vecindarios, que se ocupen de su cuidado y protección integral.	Desarrollo de intereses como la lectura, la música y otras expresiones del arte, deportes y ciencias.

6.5. DIMENSIONES DEL DESARROLLO INTEGRAL ADOLESCENTE ¹²⁸

El desarrollo integral adolescente supone por lo menos seis dimensiones que interactúan dinámicamente y circularmente y por lo tanto, se impactan mutuamente. De aquí, la importancia de atender integralmente las necesidades, problemas y deseos asociados a esta multidimensionalidad.

A continuación se hará una breve caracterización de cada dimensión del desarrollo adolescente, acompañado de los objetivos de desarrollo que corresponden a estas dimensiones.



¹²⁸ Organización Panamericana de la Salud, Brienbauer, C y Maddaleno, M. Jóvenes: Opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Publicación Científica y Técnica N° 594. Pp. 287-292. WDC, 2008.

6.5.1. Desarrollo físico y los cambios biológicos

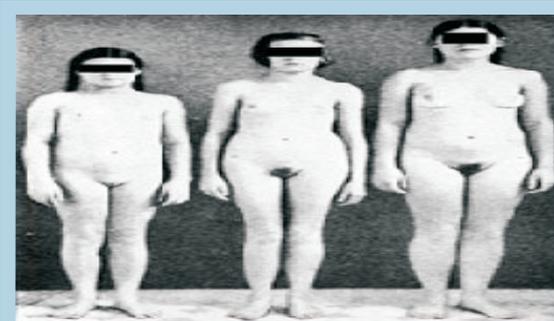


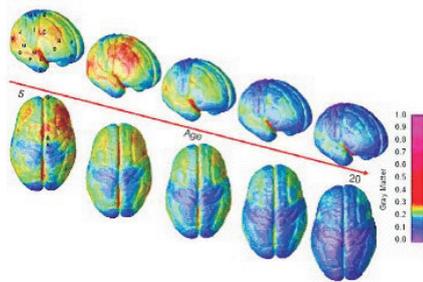
Figura 1: Adolescentes normales de 13 años con distinta velocidad de maduración

- ✓ A partir de los 10 años se inician los cambios hormonales que van transformando el cuerpo infantil en un cuerpo adolescente.
- ✓ La menstruación en las niñas como promedio, inicia a los 12.4 años y en los varones la eyaculación comienza a los 13.4 años de edad.
- ✓ Aumenta la excitación, masturbación, y deseos de búsqueda de sensaciones.
- ✓ Transición de una serie de parámetros fisiológicos de los valores de niño a los de adulto. Al ser este desarrollo en ocasiones desigual y no necesariamente armonioso, provoca incertidumbre y preocupación por los cambios corporales y los efectos de los cambios hormonales, variaciones en el peso, la tonalidad de la voz, cambios en la función de las glándulas sebáceas y sudoríparas, cambios faciales y en el desarrollo muscular.
- ✓ A este proceso de crecimiento acelerado del cuerpo se le conoce como **“el duelo del cuerpo perdido”**

Objetivos del desarrollo adolescente frente a los cambios biológicos

1. Aprender a manejar los nuevos cambios.
2. Aprender y controlar nuevos patrones de sueño y alimentación.
3. Aprender y dominar mecanismos propios y saludables para enfrentar los niveles de ansiedad, frustración y estrés, así como los deseos de búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias.
4. Identificar uno a más adultos que les genere confianza y los pueda escuchar, comprender y orientar.

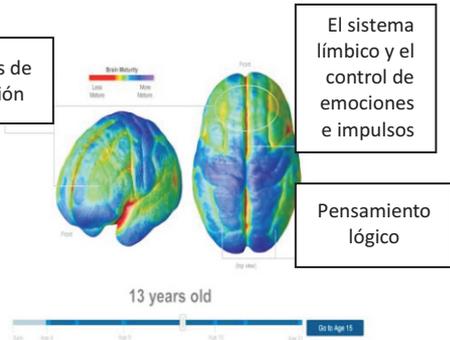
6.5.2. Desarrollo neurobiológico



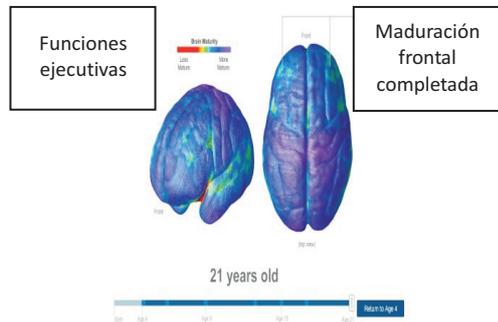
La mielinización a los 17 Años



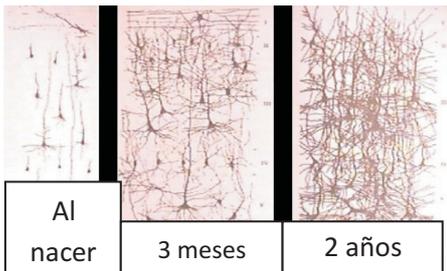
Funciones de abstracción



Funciones ejecutivas



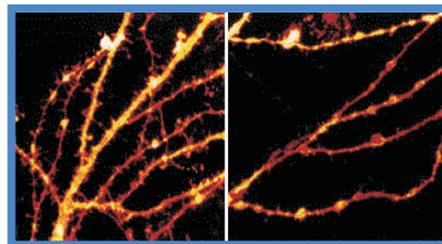
Dendritas y sinapsis



Al nacer

3 meses

2 años



Images by Diane Murphy, PhD, National Institutes of Health

Diamond, Hopson, Scheibel, 1998

- Según Avaria (2005), el sistema nervioso humano percibe, procesa, almacena y ejecuta en respuesta a la información que recibe del medioambiente interno y externo con el fin primordial de asegurar la supervivencia de la especie.¹²⁹ En la misma perspectiva, Abad, Miguel y

¹²⁹ Avaria, María de los Ángeles: Aspectos biológicos del desarrollo psicomotor. Facultad de Medicina. Universidad de Chile y Unidad de Neurología del Hospital de Niños Roberto del Río. Revista Pediatría Electrónica. Vol. 2. N° 1, Abril 2005. Chile. http://www.revistapediatria.cl/vol2num1/pdf/6_dsm.pdf

Gómez, Jaime (2007)¹³⁰ revisaron evidencias empíricas que demuestran, en distintos grados, la influencia de los factores biológicos en las conductas violentas cuando interactúan con factores ambientales que alteran el desarrollo de estos circuitos en las etapas prenatales y tempranas. Esto significa que el desarrollo neurobiológico es una dimensión clave del desarrollo infantil y adolescente en la medida que experimenta una transformación recíproca al interactuar con el medio ambiente, con el entorno, familiar, comunitario y social. Por lo tanto, resulta estratégico asegurar una atención temprana a esta dimensión.

- Los estudios basados en la resonancia magnética han demostrado que el desarrollo cerebral no acaba en la infancia, se extiende hasta los 20-21 años; y de acuerdo a la edad y a la etapa de desarrollo neural, el cerebro se hace más rico, más complejo y más eficiente. Según Maddaleno (2011)¹³¹ recién a esta edad termina de madurar la región pre frontal y parietal encargada de regular la impulsividad, el juicio, la planificación de futuro y la capacidad de prever las consecuencias de las acciones. Así, las bases científicas actuales señalan que las y los adolescentes tienen menos capacidad que las personas adultas de comprender y procesar errores, de aprender de las experiencias, del uso del pensamiento lógico, del control de impulsos; así como del manejo de riesgos y recompensas en la búsqueda de sensaciones a través de experiencias nuevas.
- Esta búsqueda de sensaciones es activada por los niveles de dopamina a los cuales son muy sensibles las y los adolescentes. La dopamina es un neurotransmisor cerebral que desempeña un papel fundamental en el control de la atención o la cognición y que activa los circuitos de gratificación. Por esta razón, en la adolescencia predomina más la necesidad de recompensa que la medición del riesgo frente a situaciones nuevas.¹³²
- Los estudios que permitieron mapear el desarrollo cerebral, pusieron en evidencia un conjunto de diferencias en la sustancia blanca y la sustancia

¹³⁰ Abad, Miguel, OPS/OMS- Cooperación Técnica Alemana-GTZ: Estado del arte de los programas de prevención de la violencia en jóvenes: Basados en el trabajo con la comunidad y la familia, con enfoque de género: 10, Washington, D.C., 2006.

¹³¹ Conferencia magistral sobre Desarrollo Cerebral Adolescente. Lima, 2011.

¹³² Guillén, Jesús: El cerebro adolescente. 2011.

<http://escuelaconcerebro.wordpress.com/2012/04/27/el-cerebro-adolescente/>

gris de acuerdo a la edad, en la infancia y la adolescencia. Los y las adolescentes en la pubertad hasta los 12 años aproximadamente, tienen un mayor volumen de sustancia gris y por lo tanto, mayor densidad de la sinapsis, pero progresivamente van ganando mayor volumen de sustancia blanca a partir de los 13-14 años de edad, y va perdiendo volumen su sustancia gris, específicamente en el lóbulo frontal de la región pre frontal y en la región parietal del cerebro.

- Este proceso de disminución de la sustancia gris se realiza gracias al proceso gradual de poda sináptica.¹³³ Las evidencias señalan que los dos años de edad es la etapa que se caracteriza por la mayor densidad sináptica. Su aumento se presenta asociado al volumen de la corteza cerebral y al crecimiento del cerebro. Desde esta constatación, el entorno es potencialmente capaz de mejorar o retardar el desarrollo y la maduración cerebral de niños y niñas.
- En el caso de adolescentes, la poda sináptica, que se inicia en la primera adolescencia es similar a la poda de un arbusto, que ocurre de manera selectiva. Se fortalece un grupo de conexiones sinápticas, potenciando la conectividad cerebral y se eliminan las conexiones menos usadas. El cerebro al recablearse potencia su velocidad, mejorando la capacidad ejecutiva y de control de impulsos.
- Esta transición, de una disminución de la sustancia gris, hacia un aumento de la sustancia blanca obedece a que los axones de las neuronas se recubren de mielina, membrana que tiene forma de vaina y es de color blanco, la cual permite una mejor de transmisión de los impulsos nerviosos en las neuronas.¹³⁴
- El proceso de mielinización y poda sináptica forma parte de las etapas del desarrollo neuronal¹³⁵ y en las y los adolescentes impacta por igual en su conducta, según la edad, pero además se expresa diferenciadamente en varones y mujeres en velocidades y tiempos de maduración. Este “proceso es fundamental para asentar las conexiones adecuadas que establecerán

¹³³ Ídem

¹³⁴ Avaria, María de los Ángeles: Aspectos biológicos del desarrollo psicomotor. Facultad de Medicina. Universidad de Chile y Unidad de Neurología del Hospital de Niños Roberto del Río. Revista Pediatría Electrónica. Vol. 2, N° 1, Abril 2005. Chile.

http://www.revistapediatria.cl/vol2num1/pdf/6_dsm.pdf

¹³⁵ Neuro Desarrollo II: Ambiente y Plasticidad

http://www.cdc.udp.cl/file.php/1/unidad_3/brain_development_ii.pdf

los cimientos sobre los que se construyen los rasgos de la actividad mental futura. Es la base de los cambios importantes característicos de este periodo, incluyendo la resiliencia o protección, que va a permitir desarrollar mecanismos de resistencia a factores nocivos internos y externos”¹³⁶

- En las mujeres adolescentes los estudios refieren que ellas alcanzan alrededor de los 11 años el máximo de sustancia gris en los lóbulos frontal y parietal, mientras que en los adolescentes varones se da a partir de los doce años. Estas diferencias permiten inferir la asociación dinámica entre el funcionamiento hormonal de la pubertad y el desarrollo de la sustancia gris. Diversos estudios muestran que el hipocampo se desarrolla más rápidamente en las adolescentes mientras que la amígdala lo hace en los adolescentes. La incidencia menor de la depresión de ellos podría estar relacionada con el incremento de los niveles de testosterona.¹³⁷
- Rodríguez Delgado¹³⁸, neurólogo español afirma que la mayor parte de los problemas de conducta social e individual no dependen de la herencia biológica ni de una preformación neurofisiológica. El problema principal es que el cerebro no es estimulado con la información sensorial adecuada o no se le proporciona marcos sociales y emocionales adecuados en los estadios cruciales para el modelado.

Objetivos del desarrollo adolescente frente a cambios neurobiológicos

- Comprender la conducta adolescente a la luz de los cambios neurobiológicos que experimentan las y los adolescentes.
- Favorecer condiciones nutricias, alimentarias y afectivas que favorezcan un desarrollo cerebral sano.
- Promover un entorno familiar y comunitario protector para que el proceso de desarrollo neuronal que culmina recién entre los 20 a 21 se realice en las mejores condiciones posibles.

¹³⁶ D.Romer and E.F. Walter. Adolescent psychopathology and developing brain. Annu. Rev. Neurociencias 2001. 24:139–66. Oxford University Press. 2007.

http://orientacion.educa.aragon.es/admin/admin_1/file/Materiales%20Trab_investigaciones/Funci%C3%B3n%20cerebra%20y%20AT.pdf

¹³⁷ Guillén, Jesús: El cerebro adolescente. 2011.

<http://escuelaconcerebro.wordpress.com/2012/04/27/el-cerebro-adolescente/>

¹³⁸ En: Montejo, Pedro y otros: Tratado de la agresividad: 104. Biblioteca Básica de Psicología General, N°113, Ediciones Iberoamericanas QUORUM, España, 1986.

6.5.3. Desarrollo psico-emocional y afectivo



- Tienen a adquirir la habilidad de identificar y comunicar emociones más complejas, comprender las emociones de otros de maneras más sofisticadas y pensar acerca de las emociones de manera abstracta.
- Sienten la necesidad de distanciarse de los padres para afirmar su propia identidad, pero no esperan la distancia de los padres. Siguen necesitando sentirlos conectados con ellos, pero con respeto a un espacio propio.
- Muchas veces responden con conductas violentas, como mecanismo para poder diferenciarse de madres y padres o cuidadores que han sido demasiado sobreprotectores.
- El descubrimiento de nuevas emociones y sentimientos, y la intensidad de los mismos, puede abrumarlos y confundirlos.
- Reconocen nuevas necesidades e intereses. Las sensaciones y los deseos son intensos.
- El sentimiento de omnipotencia aparece con fuerza en sus conductas.
- A esta edad toman conciencia de sí son valorados, queridos y protegidos.
- Un alto nivel de autoconciencia y fluctuaciones de auto imagen están presentes. El nivel de estrés aumenta.
- La necesidad para una independencia emocional de los padres continúa, lleno de una fuerte desidealización de las figuras parentales.
- Empiezan a predominar las opiniones propias del adolescente.
- Al mismo tiempo, hay un aumento en la dependencia emocional de los propios amigos. Intimidad, lealtad, confianza, valores compartidos y actitudes asumen un mayor peso en la amistad. Hay un aumento en la empatía y la respuesta a los amigos cercanos.

Objetivos del desarrollo adolescente frente a los cambios socio emocionales

1. Afianzar su sentido de identidad personal, que hace a cada adolescente único, a fin de que forje su yo ideal, que sepa quién es, cuánto vale y hacia que horizonte quiere arribar.
2. Cambio gradual de interés en personas del mismo sexo hacia otras del sexo opuesto.
3. Expresar emociones y sentimientos de ira, resentimiento y buscar canalizarlos de manera saludable, con palabras, en el juego, con humor, con reflexión sobre dichos sentimientos; buscando identificar las causas.
4. Contar con adultos de confianza que los puedan ayudar a comprender y explicarse dichos sentimientos de ira, frustración, resentimiento y estrés.
5. Conocer actividades y los nuevos intereses que les surgen en relación a actividades creativas, artísticas, recreativas, científicas y deportivas.
6. Desarrollo de habilidades para la toma de decisiones que afiancen su autonomía gradual, entendida como la capacidad para valerse y cuidarse por sí mismos, el participar en actividades sin los padres y con amistades.

6.5.4. Desarrollo sexual

- Niños y niñas nacen sexuados. Existe la sexualidad en la infancia y son los adultos los responsables de activarla o de protegerla.
- Desarrollo de caracteres sexuales secundarios y la adquisición de la capacidad reproductiva, siendo este desarrollo más rápido en las mujeres. Se tipifica esta secuencia tomando en cuenta el desarrollo mamario en las mujeres y de los genitales en el varón, así como el vello pubiano.
- Aparece la espermarquia en el caso del varón y la menarquía en la mujer.
- Con estos cambios se despierta la conciencia de los deseos y la curiosidad sexual, la necesidad de masturbación, fantasías y sueños húmedos.
- Mientras que el género se define en los primeros años de la vida, la estabilidad se afecta con la orientación sexual, preferencia y exploración que envuelve a otra persona, incluyendo sentimientos homosexuales.
- Los padres deben estar preparados para enfrentar esta necesidad del conocimiento de la sexualidad humana.

Objetivos del desarrollo adolescente frente a los cambios sexuales

1. Aprender a regular y controlar los sentimientos de excitación, saber qué conductas propias de la edad como la masturbación son privadas.
2. Aprender a respetar también la negación de interés sexual de parejas sin obligarlas, intimidarlas o amenazarlas.
3. Valorar las expectativas de los padres o cuidadores acerca de las conductas de exploración sexual, que corresponden a cada edad.
4. Tener conocimiento científico sobre las consecuencias de conductas sexuales tempranas y de riesgo como embarazo adolescente, enfermedades de transmisión sexual, SIDA, abuso sexual, trata de niños, niñas y adolescentes.
5. Comprender que tanto las mujeres y varones adolescentes tienen los mismos derechos y responsabilidades de cuidado, autocuidado y respeto.
6. Establecer límites acordados de exploración de la sexualidad para las relaciones de enamoramiento y ver opciones para canalizar saludablemente la energía y deseo sexual.
7. Reconocer y protegerse de presiones sociales para tener relaciones sexuales.

6.5.5. Desarrollo cognitivo

- Aparece la capacidad para un pensamiento y lenguaje más abstracto, coordinación de ideas abstractas con mayor efectividad.
- Piensan en distintas posibilidades, ensayan hipótesis y piensan en el futuro.
- Sienten curiosidad por determinados conocimientos y desarrollo de intereses basados en estos aprendizajes.
- Desarrollo de habilidades en áreas del conocimiento: ciencias, letras, arte, música; hoy en día en particular les interesa mucho el mundo virtual.
- Ideas de cuestionamiento al sistema familiar, escolar, comunitario y social.
- Poco desarrollo de funciones ejecutivas y de planificación, particularmente en los varones, debido a que el desarrollo cerebral concluye recién a los 20 años de edad.

Objetivos del desarrollo adolescente frente a los cambios cognitivos

- Desarrollar una etapa preparatoria de la capacidad parcial para manejar operaciones formales.
- Aprender a construir un Yo observador y una perspectiva mutua.
- Desarrollar habilidades para interpretar las expresiones y señales verbales y no verbales, a diferenciar la comunicación manifiesta de la no manifiesta para depositar confianzas de manera asertiva. Tener la capacidad de identificar las razones para confiar o no confiar en personas cercanas.
- Reconocer y evaluar las sensaciones, las tentaciones y presiones grupales teniendo conocimiento de las consecuencias de las conductas de riesgo.
- Poder organizar un programa diario, de acuerdo a la edad, el contexto familiar y social, que le permita equilibrar las responsabilidades familiares y escolares con el desarrollo de intereses y necesidades de diversión.

6.5.6. Desarrollo social

- Adolescentes suelen desarrollar relaciones de pares que juegan un papel importante para brindar apoyo y conexión en su vida.
- También la susceptibilidad a la presión de los pares aumenta.
- Diversidad de formas de ser adolescente en la etapa de construcción social que cambia de acuerdo al género, cultura o contexto social.
- Se incrementan las conductas autónomas.
- Tienden a agruparse creando sus propios códigos al que otros no pueden acceder y prefieren competir con grupos similares.
- Moratoria social, donde se permiten aprender del ensayo - error.
- El consumo y el mercado marcan una pauta de conducta en los y las adolescentes de hoy.
- Existen escenarios donde se desarrolla la población adolescente que producen sistemas castradores.

Objetivos del desarrollo adolescente frente a los cambios a nivel social

1. Aprender a adoptar estrategias cognitivas de control y canalización de impulsos socialmente aceptables para manejar la ira, la frustración, la envidia, la competencia y el estrés; sin violencia que los dañe o dañe a otros. Esto incluye contar con el aprendizaje de recursos para resistir la presión nociva de pares como medio para resolver conflictos.
2. Desarrollar habilidades cognitivas para reflexionar sobre fenómenos sociales que los afecta como la violencia familiar, escolar, urbana y política, así como de los medios de comunicación.
3. Contar con personas adultas de confianza con quienes compartir estos conflictos y sentimientos ambivalentes y dolorosos.

6.5.7. Desarrollo espiritual¹³⁹

- La espiritualidad se refiere a una postura existencial, a una búsqueda de sentido para la propia vida. Buscando evitar el sesgo religioso puro, algunos especialistas prefieren hablar de filosofía vital.
- La espiritualidad es un factor de resiliencia y de apoyo a la reconstrucción moral de las personas que han desarrollado comportamiento antisocial o autodestructivo a algún nivel.
- Según el National Research Council (2002), en el caso de los adolescentes el interés en el desarrollo espiritual y religioso se ha elevado sensiblemente en los últimos años. Recientes revisiones sobre desarrollo juvenil positivo consideran la espiritualidad como un factor protector que reduce comportamientos de riesgo e incrementa resultados positivos.
- Se reporta igualmente, la correlación entre altos niveles de resiliencia y altos niveles de espiritualidad, unido a una menor expresión de síntomas positivos de aflicción y menos aflicción, en estudios hechos en mujeres.

¹³⁹ Lynn Rew, Ed. D., R. y Joel Wong, L.L.B.: A sistematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. Journal of Adolescent Health N°38.Pp. 438-439. The University of Texas. ELSEVIER. Texas, 2006.

6.5.8. Desarrollo ético moral¹⁴⁰

- Búsqueda de valores y actitudes.
- Adhesión a ideologías y subculturas diversas que le ofrecen identidad, cohesión y seguridad.
- Cuestionamiento de los valores familiares y sociales tradicionales, que en ocasiones se llega al relativizar y se pone en tela de juicio la conducta moral establecida.
- La construcción de la moral ha sido estudiada por diversos teóricos siendo las teorías más aceptadas las establecidas por Piaget y Kohlberg, sobre el desarrollo moral relacionado con la edad. Así, identifican tres niveles y seis etapas. A continuación se describen brevemente los niveles:

Nivel I: Moralidad Pre-convencional (de los 4 a los 10 años). El énfasis en este nivel está en el control externo. Los niños observan los patrones de otros, tanto para evitar el castigo como para obtener gratificaciones. En este nivel el niño responde a las reglas culturales y a las etiquetas de bueno y malo, correcto o equivocado.

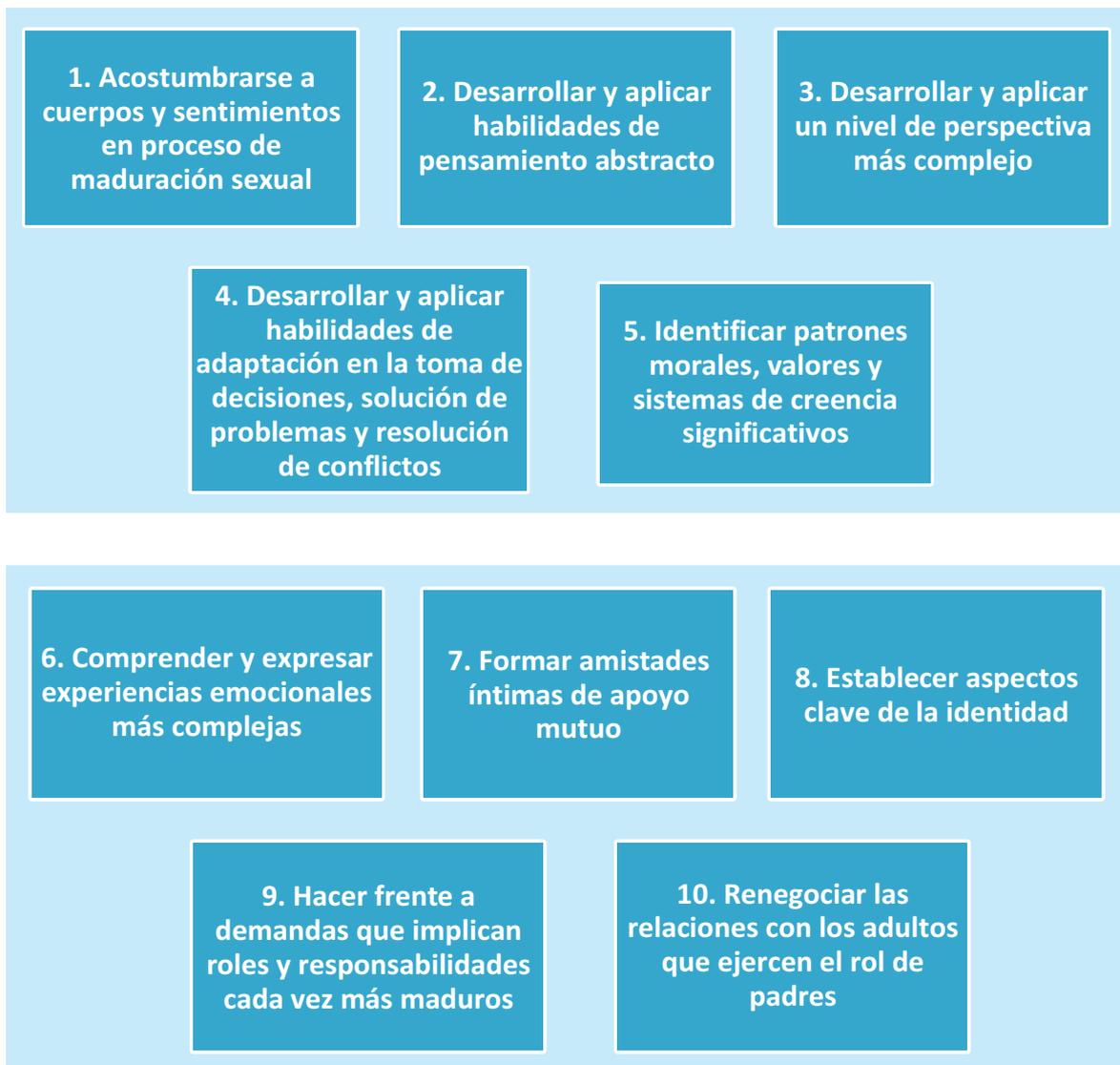
Nivel II: Moralidad de conformidad con el papel convencional (de los 10 a los 13 años). Los niños buscan agradar a otras personas. Aún ven los patrones de otros, pero los han interiorizado en cierta medida. Aspiran a ser considerados buenos por gente cuya opinión es importante para ellos.

Nivel III: Moralidad de los principios morales autónomos (de los 13 años en adelante, si acaso). En este nivel se llega a la verdadera moralidad. La persona reconoce un conflicto entre dos patrones aceptados socialmente y trata de decidir entre estos. El control de la conducta es interno, tanto en los patrones observados como en el razonamiento acerca de lo correcto y lo incorrecto. Los juicios están basados en lo abstracto y por principios personales que no necesariamente están definidos por las leyes de la sociedad.

¹⁴⁰ Kohlberg, L., y Gilligan, C.: The adolescent as Philosopher: The Discovery of the Self in a Post-Conventional World. 1972. En: J. Kagan y R. Coles: Twelve to Sixteen: Early Adolescence. Pp. -144-179, New York, En: A. Rae Simpson, Centro para la Comunicación de Salud-Escuela de Salud Pública de Harvard: Ser padres de adolescentes: Una síntesis de la investigación y una base para la acción. Pp.7 13 Organización Panamericana de la Salud, ASDI, NORAD, Boston 2001.

6.6. DIEZ TAREAS DEL DESARROLLO INTEGRAL ADOLESCENTE¹⁴¹

Es necesario conocer y reconocer las **10 tareas o pasos** principales del desarrollo integral adolescente, los cuales ocurren de manera simultánea y dinámica y se influyen mutuamente. La falta de soporte en algunos de estos procesos impacta en los otros y son susceptibles de producir en las y los adolescentes conductas de riesgo o generar también factores protectores.



¹⁴¹ A. Rae Simpson, Centro para la Comunicación de Salud-Escuela de Salud Pública de Harvard: Ser padres de adolescentes: Una síntesis de la investigación y una base para la acción. Pp.40-42. Organización Panamericana de la Salud, ASDI, NORAD, Boston, 2001.

6.7. IDEAS FUERZA DE SER ADOLESCENTES

Primea idea fuerza

1. Reconocer las consideraciones teóricas básicas de la adolescencia

- No es una etapa de transición.
- Es una etapa en donde la consolidación de su identidad es lo central.
- La adolescencia es una condición dinámica.
- Adolescentes hombres y mujeres son una población heterogénea.
- Su abordaje exige una visión integral y multidimensional de su desarrollo, necesidades y deseos

Segunda idea fuerza

2. Trabajar sobre los aspectos comunes en la adolescencia

- La obtención de la condición adulta como meta principal.
- La autonomía e independencia como trayectoria por recorrer.
- La construcción de una identidad propia como problema central.

Tercera idea fuerza

3. Prestar atención a necesidades y deseos de las y los adolescentes

Las intervenciones eficaces con adolescentes consideran sus **necesidades** como indicadores clave para promover su desarrollo y salud, así como sus **deseos** para tomar en cuenta sus intereses personales, aspiraciones y metas que motivan la adopción de conductas.

Cuarta idea fuerza

4. Apoyar el desarrollo adolescente en todas sus dimensiones

- ✓ Física
- ✓ Neurobiológica
- ✓ Psicoemocional y afectiva
- ✓ Sexual
- ✓ Cognitiva
- ✓ Social
- ✓ Ético-moral
- ✓ Espiritual

Quinta idea fuerza

5. Reconocer las 10 tareas o pasos clave del desarrollo adolescente

1. Acostumbrarse a cuerpos y sentimientos en proceso de maduración sexual.
2. Desarrollar y aplicar habilidades de pensamiento abstracto.
3. Desarrollar y aplicar un nivel de perspectiva más complejo.
4. Desarrollar y aplicar habilidades de adaptación en la toma de decisiones, solución de problemas y resolución de conflictos.
5. Identificar patrones morales, valores y sistemas de creencia significativos.
6. Comprender y expresar experiencias emocionales más complejas.
7. Formar amistades íntimas y de apoyo mutuo.
8. Establecer y consolidar aspectos clave de la identidad.
9. Hacer frente a demandas que implican roles y responsabilidades cada vez más maduros.
10. Renegociar las relaciones con los adultos que ejercen el rol de padres.

LAS FAMILIAS DESDE LA SALUD PÚBLICA

Si bien es cierto el propósito del Programa de Familias Fuertes: Amor y Límites está orientado al empoderamiento familiar, a la promoción y protección de familias saludables, lo cierto es que la diversidad de las familias y la manera como los determinantes sociales impactan la salud de éstas van a configurar lo saludable o nocivo de las familias. Las distintas fuentes de evidencias recogidas en las últimas décadas por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han identificado la asociación directa entre la estructura, características y funciones familiares con los niveles de salud física y mental de sus miembros; influyéndose recíprocamente.

Según la OPS, en la Región de las Américas, los modelos y la composición de la familia están variando rápidamente, al mismo tiempo que cambian las características socioeconómicas, demográficas y de salud. Estos cambios están ejerciendo intensas presiones sobre la familia.¹⁴² Presiones, las cuales influyen de manera diversa en el tipo de conducta, individual, familiar y social de cada uno de sus miembros, originando una suerte de situación de crisis en las familias que se ha globalizado. Por lo tanto, las familias se han convertido en un asunto de Estado, que supone inversión en políticas y programas para ayudar a las familias a enfrentar sus crisis en todos los planos de su vida diaria.

La familia al constituir el primer entorno social en donde las personas suelen iniciar el curso de su vida, modela conductas, maneras de sentir, pensar y actuar; las cuales de acuerdo a como haya transcurrido el proceso de socialización y cómo hayan impactado los determinantes sociales, instala conductas, actitudes y decisiones saludables o nocivas que van a configurar estilos de vida contextualizados por patrones culturales. Estos estilos con esencia social, al institucionalizarse en la dinámica familiar definen los niveles de salud o enfermedad en la conducta individual, familiar y social de cada uno de sus miembros y como unidad integradora.

Desde esta perspectiva, el Programa Familias Fuertes se convierte es un factor protector en la medida que se centra en potenciar estilos de vida saludables,

¹⁴² Organización Panamericana de la Salud -OPS/OMS: La Familia y la Salud. 132° Sesión del Comité Ejecutivo. CE132/14. W.D.C. EUA, 23 -27 de junio 2003.

libre de consumo de drogas legales e ilegales y de violencia infligida y autoinfligida.

Cuando la salud mental de las familias está enferma se la puede reconocer porque uno o más miembros de éstas manifiestan síntomas o trastornos psicopatológicos que exigen intervenciones personalizadas y especializadas como un asunto de ejercicio de derechos. A este grupo de familias se las reconoce desde un punto de vista clínico como disfuncionales. No obstante, desde la misma perspectiva de derechos y de salud pública, la disfuncionalidad trae consigo una carga de estigma; por esta razón los distintos acuerdos internacionales sobre derechos, salud mental y discapacidad, cuando alguien está afectado por alguna discapacidad física o mental es definida como persona afectada por un trastorno mental, o persona con discapacidad mental. Así, el marco internacional y nacional prevé como ruta de tratamiento y recuperación su acceso a servicios especializados y personalizados.

Por el contrario, el Programa Familias Fuertes: Amor y Límites al estar demarcado por una metodología esencialmente grupal, centra sus objetivos en familias exentas de patologías mentales o de conductas de violencia infligida o autoinfligida como el consumo de alcohol y drogas, y el suicidio entre las principales; las cuales no precisan en primera instancia, de atención personalizada y especializada.

VII. SÉPTIMO CAPÍTULO

7. ¿CÓMO ASOCIAR EL MARCO TEÓRICO A LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA FAMILIAS FUERTES: AMOR Y LÍMITES?

Para aplicar el Programa Familias Fuertes de manera efectiva se requiere conocer el marco teórico conceptual y asociarlo a través de ideas fuerza para el cierre de actividades y tareas de cada una de las sesiones del Programa.

Las ideas fuerza sustentadas en el marco teórico tienen la propiedad de que los participantes puedan incorporar de manera resumida conocimiento que actúe como dinamizador de un proceso interno de reflexión, luego de terminada cada sesión. Este proceso de análisis interno es susceptible de generar procesos individuales y familiares de conflicto, abonando en una ruta para el cambio de la conducta. Por lo tanto, las ideas fuerza deben ser claras, concisas y significativas, las cuales a lo largo de la aplicación se pueden redundar y reforzar, con el propósito de fijar el conocimiento. Esta redundancia también contribuye a que el proceso reflexivo-conflicto se dé con mayor facilidad y rapidez.

Las ideas fuerza que aquí se exponen teniendo en cuenta el manejo del tiempo y los cierres de cada sesión. El número de ideas fuerza que se usen depende del contexto de la aplicación y del entrenamiento del facilitador o capacitador para emplearlas y darle la fuerza que el grupo de familias participantes está necesitando.

A continuación se presentan organizadas según unidades de análisis del programa: Madres/Padres, Ser Adolescente y Familias:

7.1. IDEAS FUERZA PARA LOS CIERRES EN LAS SIETE SESIONES DEL PROGRAMA FAMILIAS FUERTES: AMOR Y LÍMITES

Sesión	Madres/Padres	Ser Adolescente	Familias
1	<p>Amor y límites Estilos de crianza</p> <p>-Una crianza efectiva para una familia fuerte es el cumplimiento de funciones esenciales. -Promover: afecto, comunicación, ejemplo, límites, confianza, capacidad de valerse por sí mismos, tomar decisiones y dejar explorar el mundo de acuerdo a la edad con monitoreo y supervisión, libre de violencia.</p>	<p>Tener objetivos y sueños</p> <p>-Tener sueños, intereses y proyecto de vida es encontrarle sentido a la vida, posibilita alcanzar un futuro mejor que los padres y da bienestar. -El concretar intereses, sueños y metas produce sensaciones placenteras, alienta la competencia sana y la medición de las propias fuerzas y capacidades.</p>	<p>Apoyar los objetivos y sueños</p> <p>Apoyar sueños, intereses y proyectos de vida de hijos es un factor protector que crea confianza, mejora la comunicación y los lazos afectivos, enseña a valorar a los padres; y previene del consumo de drogas y de la violencia en calidad de víctima, victimario, o espectador.</p>
2	<p>Establecer reglas en la casa</p> <p>- Los límites de la conducta y las normas de convivencia son piezas esenciales para organizar las familias, estructurar la identidad de cada uno de sus miembros, dar claridad en lo que se espera de la conducta y proteger la salud física y mental. -Cuando los hijos crecen sin límites o con exceso de estos pueden terminar en actos destructivos o autodestructivos. Se anulan y se pierde la posibilidad de que tengan proyecto de vida.</p>	<p>Apreciar a los padres</p> <p>- No existe una escuela para formar padres. Este aprendizaje se da principalmente cuando los hijos nacen y crecen; y cada uno hace lo mejor que puede con la información y condiciones de vida que pudo obtener y eso tiene un valor que los hijos necesitan reconocer. -Ser madre o padre implica un conjunto de responsabilidades y desafíos con el desarrollo de los hijos y es importante conversar con los padres acerca de esto. -No siempre los padres están en condiciones de atender todas las demandas de los hijos.</p>	<p>Promover la comunicación en la familia</p> <p>Sin comunicación no hay afecto, ni confianza, ni respeto, ni valoración; y sin estos ingredientes no se cumplen las funciones de una familia de manera saludable. Sin comunicación no se puede contribuir con la individuación infantil y consolidación de la identidad adolescente. Cuando la comunicación falla aparecen las distintas formas de violencia.</p>

<p>3</p>	<p>Estimular el buen comportamiento</p> <p>-El buen ejemplo de padres y cuidadores promueven conductas saludables y protectoras.</p> <p>-Los padres ganan el respeto de los hijos y a los límites que estos pongan, con el ejercicio de un buen ejemplo en la conducta de los padres, cuando se convierten en un modelo de referencia, les hablan sin engaños, les dan afecto, atención, respaldan sus intereses y sueños.</p> <p>-Reforzar positivamente con palabras y/o incentivos creatividad, cada paso en el avance de conductas y tareas, los logros y toda conducta saludable, solidaria y respetuosa de valores.</p> <p>-Conectarse con los hijos: Escuchar, conversar atender necesidades, compartir actividades, alentar intereses para el desarrollo de habilidades propias: música, deporte, arte, ciencia.</p>	<p>Hacer frente al estrés</p> <p>- Aprendiendo a tolerar un monto de frustración tempranamente, no dándole a los hijos todo lo que pidan, se les prepara para enfrentar frustraciones estresantes mayores de adolescentes y adultos.</p> <p>-No evadir situaciones que requieren atención a tiempo. Identificar la fuente del estrés y revisar modos para enfrentarlo y resolverlo.</p> <p>-Compartir familiarmente situaciones de estrés, expresar emociones, sentimientos e ideas. Esto mejora la comunicación, siembra confianza y hace sentir el respaldo familiar.</p>	<p>Aprecio a los miembros de la familia</p> <p>-El aprecio, valoración y respeto se cultivan en la infancia a través del ejercicio del poder basado con el modelo de "autoridad", la comunicación y la confianza.</p> <p>-Se aprende a través del respeto y aprecio que se tienen los padres y cuidadores, así como del aprecio y respeto que padres y cuidadores dan a sus hijos.</p> <p>-El aprecio crece cuando se valoran las conductas positivas, los logros y el respaldo en los momentos críticos de sus miembros.</p>
<p>4</p>	<p>Utilización de las sanciones</p> <p>- Se deben usar según la edad, el grado de transgresión y el tipo de personalidad de cada hijo.</p> <p>-La sanción no significa violencia. Quitarle la TV, el videojuego es un hecho violento. Dar la sanción con gritos también es un hecho violento.</p> <p>-Una vez dada la sanción se la debe respetar y supervisar. Retroceder en la sanción produce efectos más nocivos que mantenerla.</p>	<p>Obedecer las reglas</p> <p>-Cumplir las reglas genera el respeto y la confianza de los padres y con uno mismo.</p> <p>-Algunas reglas de convivencia pueden ser negociables otras NO, porque están relacionadas con la protección del desarrollo saludable de los adolescentes.</p> <p>-Cuando una familia no funciona con normas, la familia y sus miembros fracasan y se pueden destruir.</p> <p>- Sin límites y normas no hay cohesión familiar ni social.</p>	<p>Empleo de las reuniones familiares</p> <p>-Son un espacio esencial para expresarse, compartir momentos estresantes, de alegría, de logros, de temores, e intereses de sus miembros.</p> <p>-Permite el acercamiento emocional y afectivo entre sus miembros. Aprenden a confiar, a no sentirse solos y tener esperanza.</p> <p>- La recreación familiar produce la activación de las hormonas del bienestar llamadas endorfinas, las cuales dan momentos placenteros y refuerzan las defensas.</p>

<p>5</p>	<p>Establecer vínculos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sin lazos afectivos las familias fracasan. -Los vínculos afectivos son el mejor factor protector para asegurar conductas saludables de los hijos. -El tipo de vínculo que los hijos establezcan con sus padres o cuidadores van a marcar el tipo de vínculos que ellos establezcan una vez adolescentes y adultos. Se reproducen como un guión. -Los lazos afectivos que se construyan en los vínculos familiares, ayudarán a construir vínculos saludables fuera del contexto familiar. 	<p>Hacer frente a la presión de los compañeros</p> <ul style="list-style-type: none"> -La presión de amigos y compañeros siempre va a estar presente cuando se participa en grupos o cuando se decide no participar. - El impacto de la presión tiene que ver con cuánto el adolescente se deje manipular en la búsqueda de una aceptación que nunca va a llegar por medio de la presión. -Cuando los hijos tienen una identidad y autoestima fuerte la presión grupal no tiene efecto. -La presión se resiste con firmeza, consistencia y convicción, libre de violencia. 	<p>Comprender los principios de la familia</p> <ul style="list-style-type: none"> -Los principios familiares representan los valores que se quieren defender por convicción y son una guía para orientar la vida y protegerla. -Se aprenden en la primera infancia y se afianzan en la adolescencia. -Los padres o cuidadores son los que modulan dichos principios y en la escuela se refuerzan.
<p>6</p>	<p>Protección sobre los comportamientos de riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> -La mejor medida de protección es promoviendo un proceso temprano de individuación infantil, afianzando la identidad adolescente. -El tipo de conexión que tengan con los padres, su involucramiento es un componente esencial para prevenir conductas de riesgo. -Los ingredientes de protección son: lazos afectivos, comunicación, confianza, ejemplo, información oportuna y verdadera, aprendizaje temprano para valerse por sí mismos, independencia gradual, según edad, contexto, personalidad, monitoreo y supervisión. - El desarrollo de intereses (arte, ciencia, literatura, deportes, hobbies) en los hijos es un factor protector. 	<p>La presión del grupo y los buenos amigos</p> <ul style="list-style-type: none"> - El grupo le da sentido de pertenencia al adolescente, facilita el aprendizaje de respeto y normas, afianza valores promueve la solidaridad, la generosidad y la confianza. -Hay que diferenciarlos de los grupos perversos, cuyos objetivos se sostienen en la violencia, el odio, la venganza y la destrucción. - Los buenos amigos en un grupo comparten intereses (ciencias, artes, deportes, literatura, pasatiempos saludables). -Los buenos amigos se respetan, cumplen las reglas, se cuidan y protegen y son esenciales para la vida. 	<p>Las familias y la presión de los compañeros</p> <ul style="list-style-type: none"> -La participación de adolescentes en grupos y redes tiene impacto positivo en la consolidación de su identidad y construcción de vínculos fuera de la familia. -Los padres a través de los lazos afectivos, la comunicación y confianza deben guiar a los hijos a diferenciar entre la presión de compañeros para asegurar conductas de protección con la presión que ejercen los amigos para orientarlos hacia conductas de riesgo y de transgresión. -Conocer a las amistades, monitorear sus juntas y colocar límites en el relacionamiento grupal son un factor protector. - La violencia no tiene efecto para disuadir a los hijos de malas juntas.

7	<p>Conexiones con la comunidad</p> <p>-Las conexiones con la comunidad representan parte de los vínculos clave de la vida (secundarios-exogámicos), necesarios para fortalecer la identidad familiar y comunitaria.</p> <p>- Afianzan el sentido de pertenencia</p> <p>-Sin participación comunitaria hay caos y violencia.</p> <p>-Cuando la comunidad (al igual que la familia) se hace cargo de sus problemas y se organiza para resolverlos tiene un impacto favorable para el desarrollo familiar y de sus miembros.</p>	<p>Ayudar a otros</p> <p>- La solidaridad y generosidad se aprende de los padres y cuidadores.</p> <p>- También se aprenden los límites de la generosidad y la solidaridad para evitar que los hijos sean aprovechados de sus buenas intenciones.</p> <p>- Para aprender a ayudar a otros fuera de la familia, primero hay que ejercitar la ayuda y solidaridad entre los miembros de la familia.</p>	<p>Recapitulación</p> <p>Una Familia Fuerte es aquella que socializa pautas de crianza efectivas y conductas saludables.</p> <p>-Se caracteriza por el cumplimiento de sus funciones, basada en la comunicación, lazos afectivos y de confianza y el aprendizaje temprano de límites en la conducta y normas de convivencia que se consensuan y respetan.</p> <p>- Una Familia Fuerte es cuando se define el tipo de vínculo, basado en la autoridad, en la valoración entre sus miembros,</p> <p>- Una Familia Fuerte está empoderada, sus miembros saben quiénes son, cuánto valen y adónde quieren ir. Sus miembros tienen sueños y proyectos de vida, cuentan con respaldo familiar y resuelven sus conflictos sin violencia. Predominan los factores protectores.</p>
----------	--	--	--

7.2. APLICACIÓN DE LAS SESIONES BASADAS EN LAS TEORÍAS PARA EL CAMBIO DE CONDUCTA

Sesión	Padres	Adolescentes	Familias
1	<p>Amor y límites y Estilos de crianza</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Modelos de crianza efectiva ✓ Del Vínculo ✓ Establecimiento de Metas ✓ Estrés ✓ Conflicto 	<p>Tener objetivos y sueños</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecimiento de Metas ✓ Vínculo ✓ Estrés ✓ Conflicto ✓ Autorregulación ✓ Búsqueda de sensaciones 	<p>Apoyar los objetivos y sueños</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vínculo ✓ Modelos de crianza efectiva ✓ Establecimiento de Metas ✓ Estrés ✓ Conflicto ✓ Redes sociales y apoyo social.

Sesión	Padres	Adolescentes	Familias
2	<p>Establecer reglas en la casa</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Modelo de crianza efectiva. ✓ Modelo Transteórico. ✓ Social Cognitiva ✓ Autorregulación ✓ Conflicto ✓ Manejo del Estrés 	<p>Apreciar a los padres</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vínculo ✓ Autorregulación ✓ Social cognitiva ✓ Conflicto ✓ Manejo del estrés 	<p>Promover la comunicación en la familia</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Modelo de crianza efectiva ✓ Vínculo ✓ Social cognitiva ✓ Autorregulación ✓ Manejo del estrés

Sesión	Padres	Adolescentes	Familias
3	<p>Estimular el buen comportamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vínculo ✓ Social Cognitiva ✓ Modelo Transteórico ✓ Establecimiento de Metas ✓ Conflicto 	<p>Hacer frente al estrés</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vínculo ✓ Estrés ✓ Transteórico ✓ Resiliencia ✓ Conflicto ✓ Establecimiento de Metas 	<p>Aprecio a los miembros de la familia</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vínculo ✓ Conflicto ✓ Estrés

Sesión	Padres	Adolescentes	Familias
4	<p>Utilización de las sanciones</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vínculo ✓ Conflicto ✓ Estrés ✓ Socio cognitiva 	<p>Obedecer las reglas</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vínculo ✓ Conflicto ✓ Estrés ✓ Socio cognitiva ✓ Modelo Transteórica 	<p>Empleo de las reuniones familiares</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vínculo ✓ Conflicto ✓ Estrés ✓ Resiliencia

Sesión	Padres	Adolescentes	Familias
5	Establecer vínculos <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vínculo ✓ Conflicto ✓ Estrés ✓ Resiliencia 	Hacer frente a la presión de los compañeros <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vínculo ✓ Conflicto ✓ Estrés ✓ Modelo transteórico ✓ Resiliencia 	Comprender los principios de la familia <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vínculo ✓ Conflicto ✓ Socio cognitiva ✓ Estrés

Sesión	Padres	Adolescentes	Familias
6	Protección sobre los comportamientos de riesgo <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vínculo ✓ Conflicto ✓ Transteórico ✓ Estrés ✓ Resiliencia 	La presión del grupo y los buenos amigos <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vínculo ✓ Conflicto ✓ Socio cognitiva ✓ Estrés ✓ Resiliencia 	Las familias y la presión de los compañeros <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vínculo ✓ Conflicto ✓ Transteórico ✓ Estrés ✓ Resiliencia

Sesión	Padres	Adolescentes	Familias
7	Conexiones con la comunidad <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vínculo ✓ Resiliencia ✓ Estrés ✓ Conflicto ✓ Redes Sociales y Apoyo Social 	Ayudar a otros <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vínculo ✓ Resiliencia ✓ Estrés ✓ Conflicto ✓ Redes sociales y Apoyo Social 	Recapitulación

7.3. SUGERENCIAS PRÁCTICAS PARA OPTIMIZAR LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA FAMILIAS FUERTES: AMOR Y LÍMITES USANDO UN MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

- Las teorías deben ser usadas en la aplicación de cada actividad y de cada sesión del Programa.
- Cada sesión debe iniciarse, precisando de manera clara y concisa de qué trata la sesión y qué se espera de ésta.
- Enlazar y asociar las actividades y sesiones permanentemente.
- El poder identificar la idea o conducta **emergente**, es decir el mensaje común central que puede ser implícito, inconsciente o no manifiesto; tanto de las madres, padres y adolescentes es un valor agregado para optimizar la eficacia de la aplicación del programa. Se trata de leer que es lo que nos están comunicando detrás de lo expresado verbalmente.
- Hacer cierres. Cada sesión debe terminar con por lo menos tres ideas fuerza y no más de cinco, recogidas de las unidades de análisis del marco teórico, útil para cada sesión. Es decir, usar y asociar la teoría en cada cierre de sesión.
- Llevar escritas ideas fuerza del marco teórico para cada sesión a fin de reforzarlas en los cierres de las actividades y sesiones.
- Cada segundo cuenta. Aprovecharlo para reforzar ideas del tema de cada sesión. No dejar momentos de silencios ni tampoco extenderse con las ideas.
- Es clave la conexión emocional que los capacitadores y facilitadores del Programa puedan establecer con las madres, padres y adolescentes para la incorporación de la información y el conocimiento que reciban durante la aplicación de las sesiones del programa.
- El rol de facilitador es facilitar, promover el diálogo, responder preguntas e iniciativas, formular preguntas para la reflexión. No es profesor-a, no es padre-madre, no es jefe-a.
- Hacer preguntas de reflexión para que los participantes puedan identificar, manejar y resolver los conflictos que surjan con la información que reciban en cada sesión y para ello, las preguntas reflexivas son una herramienta.

- Cuando hay opiniones, actitudes en sentido contrario al marco teórico, hacer precisiones tomando en cuenta opiniones de otros padres-madres o adolescentes. Es mejor citar ejemplos, priorizando aquellos basados en evidencias.
- Padres pueden participar en el armado de la sesión, sin presión alguna, voluntariamente.
- Para controlar la toma de la palabra de varios participantes a la vez, recordar la norma de que solo puede hablar uno a la vez.
- Antes de convocar a la siguiente sesión preguntar qué aprendieron de la sesión que terminó.
- Velar por el enfoque de género en el lenguaje y en la aplicación de las sesiones.

7.4. CONCLUSIONES

1. Sin marco teórico y respeto a la fidelidad metodológica el Programa Familias Fuertes fracasa porque pierde el impacto, a pesar de que a los participantes les pueda haber agradado la experiencia. Por esta razón, los capacitadores y facilitadores deben manejar a profundidad el marco teórico y aplicarlo en el desarrollo de cada actividad y sesión.
2. Las teorías para el cambio de la conducta ayudan a comprender ésta, pero también contribuyen a transformarla.
3. Desde el abordaje ecológico es importante trabajar y asociar sostenidamente las teorías para el cambio de la conducta a nivel individual, interpersonal y comunitario.
4. Las ideas fuerza y los cierres en cada sesión contribuyen a fijar conocimiento y a desencadenar un proceso conflictivo, útil para el cambio de la conducta de los participantes del programa.
5. A mayor empoderamiento teórico conceptual y metodológico de los capacitadores y facilitadores, mayor cantidad de participantes del programa empoderados.
6. La supresión de sesiones o partes de estas, así como los agregados que se les pudieran hacer dejan de corresponder al Programa Familias Fuertes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía citada

1. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas-DEVIDA: Programa Familias Fuertes: Amor y límites. Guía para el Facilitador. P.14.OPS -GIZ, Lima-Perú, 2009.
2. Castro, Alicia; Bustamante, Inés; Comunidad Andina (PRADICAN), OPS/OMS, Unión Europea: Lecciones aprendidas de la experiencia peruana: Sistematización de la Implementación del Programa Familias Fuertes. Perú, 2012.
3. Instituto Nacional de Estadísticas-INEI: Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. Perú, 2008.
4. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (ahora MIMP): Plan Nacional de Apoyo a la Familia 2004-2011. Pp.6, 11. Edición N° 3. Lima-Perú, 2006.
5. Organización Panamericana de la Salud /OMS-GTZ (ahora GIZ), Baca, María Edith: Determinantes sociales, comunitarios, relacionales e individuales de la violencia que afecta a adolescentes y jóvenes desde el modelo ecológico. Pp.12, 25, 34, 39, 47-48, 57. Lima-Perú, 2008.
6. Instituto Nacional de Estadísticas-INEI: Informe de pobreza al 2010. Perú, 2011
7. Instituto Nacional de Estadísticas-INEI y Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social-MIMDES (ahora MIMP): Encuesta Nacional de Uso del Tiempo. Lima-Perú, 2010.
8. Instituto Nacional de Estadísticas-INEI, Organización Internacional del Trabajo-OIT y IPEC: El trabajo infantil en el Perú: magnitud y perfiles vulnerables. Informe Nacional 2007-2008. Perú, 2009.
9. UNICEF-INEI. Estado de la niñez en el Perú. Resumen Ejecutivo. Pp.8-15. Lima-Perú, 2008.
10. Instituto Nacional de Estadísticas-INEI: ENDES continua. Perú, 2009
11. Instituto Nacional de Estadísticas-INEI: ENAHO Perú, 2008. ENDES continua, 2010.
12. Ministerio de Salud-DGSP/EVAJ: Análisis de la Situación de Salud Adolescente. Pp.18-19, 24. Lima-Perú, 2009.
13. INEI: Censo 2007. Elaborado por EVAJ-DGSP. MINSA. Perú, 2010.
14. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas-DEVIDA: IV Estudio Nacional sobre prevención y consumos de drogas aplicada a estudiantes de secundaria. Pp.19-21, 75. Lima-Perú, 2012.
15. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado -Hideyo Noguchi. Estudios Epidemiológicos sobre Salud Mental. 2002, 2004, 2006.
16. Ministerio de Salud de Perú, Organización Panamericana de la Salud y CDC de USA: Encuesta Global de Salud Escolar: Resultados-Perú. Pp.41-43. Lima-Perú, 2010.

17. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud, Cooperación Técnica Holandesa y Baca, María Edith.: Aproximaciones a la violencia intrafamiliar contra la mujer. Pp.14, 17-18. Lima-Perú, 1998.
18. Bronfenbrenner, Uwe: El modelo ecológico y el desarrollo humano. Pp.22-27. España, 1982.
19. Varela, Jorge y col.: Violencia escolar en educación básica: Evaluación de un instrumento para su medición. Pp.73-74. Fundación Paz Ciudadana. Santiago de Chile, 2010.
20. Rice, Philip: Desarrollo Humano, Estudio del ciclo vital. Pp.265. University of Maine-UNAM. Prentice Hall Hispanoamericana. México, 1997.
21. Organización Panamericana de la Salud, Maddaleno, Matilde y Weaver: Youth violence in Latin America: Current situation and violence prevention strategies. Revista Panamericana de Salud Pública: Número especial sobre la violencia, Vol.5 Nos.4/5, P. 338, Abril -Mayo. Pp.338-343. WDC, 1999.
22. Organización Panamericana de la Salud, Maddaleno, Matilde. Proyecto Curso de Vida Saludable. Familia y Comunidad. WDC, 2011.
23. Organización Panamericana de la Salud, Brienbauer. C y Maddaleno, M. Jóvenes: Opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Publicación Científica y Técnica N° 594. WDC, 2008. Pp. 18, 23, 28, 51 -64, 71, 81, 82, 86, 89, 91, 99, 103, 107,109-175, 124, 125, 138, 140-142, 145-159,165, 170, 177-200, 233, 236, 274, 282-287, 287-292.
24. Bleger, José: Psicología de la Conducta. Pp.29, 30, 33, 34. Editorial Paidós, 1981. Buenos Aires, 1981.
25. Organización Panamericana de la Salud, Cole, Percy: Grupos de ayuda mutua y violencia intrafamiliar. Pp.22-24, 26-28. Lima, 1999.
26. Organización Panamericana de la Salud-GTZ (ahora GIZ): Construyendo capacidades para la prevención de violencia que afecta a Jóvenes: Teorías para promover el cambio de la conducta. Pp.14-29, 23, 24-26. 30-48, 49-60. TEACH VIP YOUTH, Lima, 2008.
27. Diclemente y Prochaska, 1982, Prochascha, 1979: En: Organización Panamericana de la Salud, Brienbauer. C y Maddaleno, M. Jóvenes: Opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Publicación Científica y Técnica N° 594. P.51. WDC, 2008.
28. Prochaska, J. O. Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis. Pacific Grove: Brooks-Cole, 1979.
29. Smith, C y B.E. Carlson. Stress, Coping, and Resilience in Children and Youth. Pp.71, 231-257. Social Service Review, 1997, 71. Muss, R. E.: Theories of Adolescence. Edición N°6. Nueva York: McGraw-Hill. 1996.
30. Bartholomew y colaboradores: Intervention Mapping: Designing Theory and Evidence Based Health Promotion Programs. Mountain View: Mayfield Publishing Company. 2001.
31. Steinberg, L. Adolescence. Edición N° 5. Nueva York, 1999.

32. McGraw-Hill y Conger R. y colaboradores: It Takes Two to Replicate: A Mediation Model for the Impact of Parents' Stress on Adolescent Adjustment: Child Development. Pp. 80-97.1995.
33. Bandura, Antonio: Principios de modificación de conducta. Pp.35-38. Salamanca-España, Ediciones Sígueme, 1983
34. Glanz, K, B. Rimer: Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice. Washington D. C. National Institutes of Health. Edición N° 2, San Francisco: Jossey-Bass, 2005. En: Organización Panamericana de la Salud-GTZ (ahora GIZ): Construyendo capacidades para la prevención de violencia que afecta a Jóvenes: Teorías para promover el cambio de la conducta. Pp.32. TEACH VIP YOUTH. Lima, 2008.
35. Bandura, Antonio y R. H Walters: Social Learning and Personality Development. Nueva York, 1963.
36. Pichon-Riviére, Enrique: Teoría del vínculo. Pp.35, 47,81, 82. Colección Psicología Contemporánea, Ediciones Nueva Visión: 35. Buenos Aires, 2006.
37. Organización Panamericana de la Salud, Fundación W.K. Kellogg, Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Centro de Estudios y Atención del Niño y la Mujer, Kotliarenco, M.A., I. Cáceres, M. Fontecilla: Estado del arte de la resiliencia. Pp.5, 6, 23, 24, 36, 52. WDC, 1997.
38. Grotberg, E. H.: A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit. P.11. The International Resilience Project from the Early Childhood Development: Practice and Reflections. 1995. La Haya: Bernard van Leer Foundation. Resiliencia. Ediciones de la UNLa. Edición N° 2. Argentina, 2004.
39. Heaney, C.A. y A. Israel: Social Networks and Social Support. En: K. Glanz, F. Lewis y B. Rimer (editores). Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice. 1997. Edición N° 2. San Francisco: Jossey-Bass.
40. Vanistendael, Stefan: Cómo crecer superando los percances: Resiliencia para capitalizar las fuerzas del individuo. International Catholic Child Bureau. Ginebra-Suiza, 1995. En: Organización Panamericana de la Salud, Fundación W.K. Kellogg, Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Kotliarenco, M.A., I. Cáceres: Estado del arte de la resiliencia. P.6. WDC, 1997.
41. Search Institute, 2004: The Power of Assets. Disponible en: <http://www.search-institute.org/research/assets/assetpower.html>
42. Pichon-Riviére, E. y Pampliega A.: Psicología de la vida cotidiana P.124. Edición N° 15. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 2007.
43. Paulo Freire: La educación como práctica de libertad. P.21. Siglo XXI. Buenos Aires, 1989.

44. Málaga, H. y Castro, M.L.: Cómo empoderar a los excluidos a nivel local. En: Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable. Pp.121. Editorial Médica Panamericana. Colombia. 2001.
45. Minkler, M y N. Wallerstein: «Improving Health through Community Organization and Community Building». En: K. Glanz, B. Rimer y F. M. Lewis (editores). Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice. 2002. Edición N° 3. San Francisco: Jossey-Bass.
46. Norton, B. y colaboradores: Community Capacity: Concept, Theory, and Method, 2002. En: OPS- GTZ (ahora GIZ) TEACH VIP YOUTH: Construyendo capacidades para la prevención de violencia que afecta a Jóvenes. P.51-52. Lima, 2008.
47. Dabas, Elina: Red de redes: Las prácticas de la intervención en redes sociales. P172-173. Editorial Paidós, Buenos Aires 1993.
48. Ministerio de Salud-DGSP: Norma Técnica Atención Integral de la salud en la etapa de vida adolescente. Pp16-17. RM N° 973, Lima, 2012.
49. Family Health International: Behavior Change Communication Handbook Series. Research Triangle Park. NC: FHI, 1996.
50. Ackerman, Nathan: Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares: Psicodinamismos de la vida familiar. Pp.35-37, 39-40. Edición N° 10. Lumen-Hormé. Buenos Aires, 1994.
51. Kumpfer, K.L.: Strengthening America's Families: Exemplary Parenting and Family Strategies for Delinquency Prevention. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. WDC, 1999. En: Organización Panamericana de la Salud, Fundación W.K. Kellogg, Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Kotliarenco, M.A., I. Cáceres: Estado del arte de la resiliencia. P.52. WDC, 1997.
52. Brody, G: Parental Religiosity, Family Processes and Youth Competence in Rural, Two-Parent African-American Families. Pp.696-706. Developmental Psychology, 1996.
53. Díaz Tenorio, Valdés Giménez y Durán Gondar. Consideraciones teórico - metodológicas para el abordaje socio-psicológico de la familia en la realidad cubana. En: Robichaux, David (comp.) Familia y diversidad en América Latina. CLACSO, 2007. En: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (ahora MIMP), Organización Panamericana de la salud, Rosa Dierna: Marco conceptual sobre Familias. Pp.45, 49. Documento Técnico. Lima, 2011.
54. Dughi, Pilar; E. Macher, A. Mendoza y C. Núñez: Salud mental, infancia y familia. Pp.84-89. UNICEF/IEP. Lima, 1995.
55. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (ahora MIMP), Organización Panamericana de la salud, Rosa Dierna: Marco conceptual sobre Familias. Pp.26, 41, 42. Documento Técnico. Lima-Perú, 2011.
56. Gazmery, Masten y Tellegen (1984). En: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (ahora MIMP), Organización Panamericana de la Salud, Rosa

- Dierna: Marco conceptual sobre Familias en el Perú. P.41. Documento Técnico. Lima-Perú, 2011.
57. Grotberg, E. H. Civitan Internacional Research Center, UAB. En: Seminario Internacional sobre la Aplicación del Concepto de Resiliencia en proyectos sociales. Pp17-22, 152. Fundación Bernard Van Leer. Universidad Nacional de Lanus. Colección Salud Comunitaria. Serie: Resiliencia. Argentina, 1997.
 58. Vanistendael (1994).Grotberg (1996). En: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (ahora MIMP), Organización Panamericana de la salud, Rosa Dierna: Marco conceptual sobre Familias. P.6. Documento Técnico. Lima-Perú, 2011.
 59. Baca, María Edith. Presentación: Breve marco conceptual sobre familias. VI Convención Nacional de Familias: Políticas públicas de fortalecimiento de las familias: Construyendo el Sistema Nacional de Cuidados. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Lima-Perú. mayo 2013.
 60. Glanz, K., Rimer, B.K. & Lewis, F.M. (2002). Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice. San Francisco: Wiley & Sons. En: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (ahora MIMP), Organización Panamericana de la salud, Rosa Dierna: Marco conceptual sobre Familias. P38. Documento Técnico. Lima, 2011.
 61. Ministerio de Salud, DGPS. PARSSALUD: Guía de Familia y Vivienda saludables. Pp. 32. Lima, 2005.
 62. Robichaux, David: Sistemas familiares en culturas subalternas de América Latina: Una propuesta conceptual y un bosquejo preliminar. En: Robichaux, David (comp.). Familia y Diversidad en América Latina. CLACSO, 2007. Grotberg (1996). En: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (ahora MIMP), Organización Panamericana de la salud, Rosa Dierna: Marco conceptual sobre Familias. P.45. Documento Técnico. MIMDES-OPS, 2011.
 63. A Rae, Simpson, Centro para la Comunicación de Salud-Escuela de Salud Pública de Harvard: Ser padres de adolescentes: Una síntesis de la investigación y una base para la acción. Pp 7-13, 40-42. Organización Panamericana de la Salud, ASDI, NORAD, Boston 2001.
 64. Rohner, Ronald: The parental acceptance-rejection syndrome: Universal correlates of perceived rejection. American Psychologist, 59, 830-840. Center for the Study Interpersonal Acceptance and Rejection. USA, 2004.
 65. Avaria, María de los Ángeles: Aspectos biológicos del desarrollo psicomotor. Facultad de Medicina. Universidad de Chile y Unidad de Neurología del Hospital de Niños Roberto del Río. Revista Pediatría Electrónica. Vol. 2. N°1, Abril 2005. Chile.
http://www.revistapediatria.cl/vol2num1/pdf/6_dsm.pdf
 66. Abad, Miguel, OPS/OMS- Cooperación Técnica Alemana-GTZ: Estado del arte de los programas de prevención de la violencia en jóvenes: Basados en el trabajo con la comunidad y la familia, con enfoque de género: 10, Washington, D.C., 2006.

67. Conferencia magistral sobre Desarrollo Cerebral Adolescente. Lima, 2011
68. Guillén, Jesús: El cerebro adolescente. 2011.
<http://escuelaconcerebro.wordpress.com/2012/04/27/el-cerebro-adolescente/>
69. Lynn Rew, Ed. D. R. y Y. Joel Wong, L.L.B.: A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *Journal of Adolescent Health* N°38. Pp.438-439. The University of Texas. ELSEVIER. Texas, 2006.
70. Kohlberg, L., y Gilligan, C.: The adolescent as Philosopher: The Discovery of the Self in a Post-Conventional World. 1972. En: J. Kagan y R. Coles: Twelve to Sixteen: Early Adolescence. Pp-144-179. New York. En: A. Rae Simpson, Centro para la Comunicación de Salud-Escuela de Salud Pública de Harvard: Ser padres de adolescentes: Una síntesis de la investigación y una base para la acción. Pp.7-13. Organización Panamericana de la Salud, ASDI, NORAD, Boston 2001.

Bibliografía consultada

71. Abad, Miguel, OPS/OMS- Cooperación Técnica Alemana-GTZ: “ Estado del arte de los programas de prevención de la violencia en jóvenes: Basados en el trabajo con la comunidad y la familia, con enfoque de género”, Washington, D.C. 2006.
72. Baker, J. G., S. L. Rosenthal, D. Leonhardt, L. M. Kollar, P. A. Succop, K. A. Burklow y F. M. Biro: Relationship Between Perceived Parental Monitoring and Young Adolescent Girls’ Sexual and Substance Use Behaviors. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 1999. Pp. 17 -22.
73. Bandura, A.: Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs: Prentice Hall. 1986.
74. Berenstein, Isidoro: “Del ser al hacer, Curso sobre vincularidad”, Paidós Psicología Profunda, Buenos Aires 2007.
75. Berenstein, Isidoro: “Familia y enfermedad mental”, Editorial Paidós Psicología Profunda, Buenos Aires 1998.
76. Berenstein, Isidoro y otros: “Familia e inconsciente”, Editorial Paidós Psicología Profunda, Buenos Aires 1996.
77. Borawski, E. A., C. E. Levers- Landis, L.D. Lovegreen y E. S. Truple: Parental Monitoring Negotiated Unsupervised Time, and Parental Trust: The Role of Perceived Parenting Practices in Adolescent Health Risk Behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 2003. Pp. 60-70.
78. Cardia, Nancy OPS/OMS-Cooperación Técnica Alemana-GTZ: Estado del arte de los programas de prevención de la violencia en jóvenes: Basados en la promoción del desarrollo, Washington, D.C. 2006.
79. Casanova, J. V. Documento de evidencias sobre el estado del arte de la prevención de la violencia en adolescentes y jóvenes usando los medios de

- comunicación —radio, televisión, impresos— y las nuevas tecnologías de la comunicación. OPS. WDC. 2006
80. Claux, Mary Louise y Villanueva, Mercedes: La influencia del aprendizaje social en el comportamiento agresivo, pág. 343-354, Universidad Católica del Perú/Fundación Tinker: Violencia y crisis de valores en el Perú, Lima 1987.
 81. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas-DEVIDA: IV Estudio Nacional sobre prevención y consumos de drogas aplicada a estudiantes de secundaria. Lima, 2012.
 82. Comunidad Andina de Naciones, DEVIDA: Rutas del aprendizaje del Programa Familias Fuertes: Amor y Límites. Sistematización y propuesta de evaluación de la experiencia peruana del Programa Familias Fuertes: Amor y Límites. Proyecto PREDICAN. Organización Panamericana de la Salud, Unión Europea. Lima, 2013.
 83. Cruz, José Miguel, OPS: La victimización de la violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades de América Latina y España, pág. 259, Revista Panamericana de Salud Pública: Número especial sobre la violencia, Vol.5 Nos.4/5, Abril-Mayo. WDC, 1999.
 84. Domínguez, Juan Carlos: Hacia y programa integral de desarrollo comunitario para la seguridad humana en Latinoamérica, Cuadernos del Caleuche, Serie Programas. Buenos Aires, 2000.
 85. Etkin, J. y Schvarstein, L.: Identidad de las organizaciones: Invarianza y cambio. Edición N° 6. Paidós, Grupo e Instituciones. Buenos Aires, 2005
 86. Frías-Armenta Martha y otros, Universidad de Sonora: Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. Estudios de psicología, México, 2003.
 87. García, Francisco: Modelo ecológico-Modelo integral de intervención en atención temprana. Pp1-10. Universidad de Murcia, Real Patronato sobre Discapacidad. Madrid, 2001.
 88. Gázquez, Mónica; García, J.; Espada, J.: Características de los programas eficaces para la prevención escolar del consumo de drogas. Salud y Drogas, Vol.9, N°2, pp185-208. Instituto de Investigación de Drogodependencias de España. REDALYC. España, 2009.
 89. Gervas, Juan: El sistema nervioso: Bases biológicas de la mente. Biblioteca Básica de Psicología General, N° 15, Ediciones Iberoamericanas QUORUM. España, 1986.
 90. Halloran, James D.: Los medios de comunicación social: síntomas o causas de la violencia, pág. 139-158, en: UNESCO: La violencia y sus causas, Editorial de la UNESCO. Paris, 1981.
 91. INEI- Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. INEI. ENDES, Lima, 2008.
 92. Kotliarenco, M. A., Cáceres, I., Fontecilla, M.: Estado del arte de la resiliencia, OPS/OMS, Fundación W.K. Kellogg, Agencia sueca de

- Cooperación Internacional para el Desarrollo y Centro de Estudios y Atención del Niño y La Mujer. WDC.1997.
93. Laborit, Henri: Mecanismos biológicos y sociológicos de la agresividad, pág. 47-67, en: UNESCO: La violencia y sus causas, Editorial de la UNESCO, Paris 1981.
 94. La Rosa, Liliana: Políticas de promoción social y capital social, Lima, 2002.
 95. Maccoby, E. y J. Martin: Socialization in the Context of the Family: Parent-Child Interaction. En P. H. Mussen y E. M. Hetherington (editores). Handbook of Child Psychology: Vol. 4: Socialization, Personality and Social Development. Cuarta edición. Nueva York, 1983.
 96. Miranda, Ricardo: Jóvenes en situación de riesgo: un análisis ecológico. Dispersión, Revista Electrónica del instituto Psicología y Desarrollo. Año I, N° 1, abril, 2004.
 97. Montero, Maritza: Teoría y Práctica de la Psicología comunitaria: la tensión entre comunidad y sociedad. Editorial Paidós. Buenos Aires, 2005.
 98. Mena, María Isadora; Romagnoli, C.; Valdés, A.M.: El impacto del desarrollo de habilidades socio-afectivas y éticas en la escuela. REDALYC. Revista electrónica actualidades investigativas en educación. Vol. 9, N° 3, Pp.1-21, agosto-diciembre, 2009. Universidad de Costa Rica. Costa Rica, 2009.
 99. Organización Panamericana de la Salud/OMS: La política de drogas y el bien público. Pp.97-122. WDC, 2010.
 100. Organización Panamericana de la Salud: Empoderamiento de mujeres adolescentes. Un proceso clave para lograr los ODM. ASDI, Agencia Española de Cooperación Internacional. WDC, 2010.
 101. Organización Panamericana de la Salud: Salud mental en la comunidad. Capítulo 17: Salud mental en la infancia y adolescencia. Pp.231-244. WDC, 2009.
 102. Organización Panamericana de la Salud: Epidemiología del uso de las drogas en América Latina y el Caribe: Un enfoque de salud pública. WDC. 2009.
 103. Organización Panamericana de la Salud-GTZ (ahora GIZ): Preparados, Listos, Ya: Una síntesis de intervenciones efectivas para la prevención de la violencia que afecta a adolescentes y jóvenes. Proyecto Fomento del desarrollo juvenil y prevención de la violencia. WDC, 2008.
 104. Organización Panamericana de la Salud: Krauskopf, D: Estado del arte de las experiencias y proyectos de prevención de la violencia en ámbitos escolares. WDC, 2006.
 105. Organización Mundial de la Salud, Organización de Estados Americanos, Organización Panamericana de la Salud: Neurociencia y dependencia de sustancias psicoactivas. Pp.19-40. WDC, 2005.
 106. Organización Panamericana de la Salud: Medios y Salud: La voz de los adolescentes. Informe Regional. FCH/CA N°1. WDC, 2003.

107. Organización Panamericana de la Salud/OMS: La familia y la salud. 132° Sesión del Comité Ejecutivo. WDC, junio, 2003.
108. Organización Panamericana de la Salud, Cole, Percy: Proceso Grupal. Edición N° 1, Lima, 1999.
109. Organización Panamericana de la Salud: Medios y Salud: La aplicación de teorías y técnicas de las ciencias sociales a la promoción de la salud. Revista Panamericana de la Salud Pública, 1998. Pp.142-148.
110. Orpinas, Pamela; Rico, A.; Martinez-Cox, L.: Latino families and youth: A compendium of Assessment Tools. Escuela de Salud Pública. Universidad de Georgia, 2012.
111. Orpinas, P, N. Murrey y S. Kelder: Parental Influences on Students' Aggressive Behaviors and Weapon Carrying. Health Education & Behavior, 1999.Pp. 774-787.
112. Orpinas, P. y A. Horne. Bullying Prevention: Creating a Positive School Climate and Developing Social Competence. Pp.774-787. American Psychological Association, WDC, 2006.
113. Pettit, G.S., R.D. Laird, K. A. Dodge, J. E, Bates y M. M. Criss: Antecedents and Behavior Problem Outcomes of Parental Monitoring and Psychological Control in Early Adolescence.Pp.583-598.Child Development, 2001.
114. Prochaska, J.O.: Strong and Weak Principles for Progressing from Pre contemplation to Action Based on Twelve Problem Behaviors. Health Psychology. 1994. Pp. 47-51.
115. Rascovsky, Arnaldo: El filicidio: La agresión contra el hijo, Paidós-Pomaire, Colección Padres e Hijos, España, 1981.
116. Rolla, Edgardo: Familia y Personalidad. Edición N° 1. Editorial Paidós, Argentina, 1976.
117. Schvarstein, Leonardo: La inteligencia social de las organizaciones. Cap.3.Pp.97-186. Paidós Tramas Sociales. Buenos Aires, 2003.
118. Spear, Linda: The behavioral Neuroscience of adolescence. Ediciones W.W Norton. New York-London, 2010.
119. Steinberg, G, M. S. y K. A. Dodge: Attributional Bias in Aggressive Adolescent Boys and Girls. Pp.312-321. Journal of Social and Clinical Psychology, 1983.
120. Thieroldt, Jorge: Pandillas juveniles: ¿Límites cotidianos a la construcción de igualdades?, En: Pontificia Universidad Católica del Perú: Pandilleros y ciudadanos: el retorno a lo básico. Lima, 2003.
121. Ugarte Díaz, Rosa María: La familia como factor de protección y resiliencia. CEDRO, 2009.
122. Wolberg, Elsa (compiladora) y varios autores: Prevención en salud mental: Escenarios actuales. Lugar Editorial, Buenos Aires, 2002.
123. Zuckerman, M.: Behavioral Expressions and Biosocial Bases of Sensation Seeking. Cambridge University Press. 1994.



Av. Benavides 2199 - B Miraflores, Lima - Perú
Central Telefónica: (51-1) 207-4800
www.devida.gob.pe
familiasfuertes@devida.gob.pe