

Organización Panamericana de la Salud

División de Promoción y Protección de la Salud

Programa de Salud Familiar y Población

Unidad Técnica de Adolescencia



Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes

Leena Mangrulkar, Investigadora Asociada, SDH/EDC

Cheryl Vince Whitman, Directora, SDH y Vicepresidente Principal, EDC

Marc Posner, Investigador Asociado Principal, SDH/EDC

**Programas de Salud y Desarrollo Humano (SDH), una división de
Education Development Center, Inc. (EDC)**

Financiado por:



Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (ASDI)



Fundación W.K. Kellogg

Septiembre 2001

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean agradecer a las siguientes personas por sus valiosas entrevistas acerca de su experiencia de trabajo en programas de habilidades para la vida en América Latina y el Caribe: Patricia Brandon, Amanda Bravo, Hannia Fallas, Katrin Kasischke, Arthur Richardson, Luz Sayago, Ginet Vargas Obando.

Los autores también desean agradecer a las siguientes personas, quienes revisaron el documento y ofrecieron valiosos comentarios y guía: Lucimar Rodrigues, Sergio Meresman, Deborah Haber, Leonardo Mantilla, Christine Blaber, Siobhan Murphy, Michael Rosati, Phyllis Scattergood, Ronald Slaby, Carmen Aldinger, María Teresa Cerqueira, Matilde Maddaleno, Luis Codina, Solange Valenzuela, Francisca Infante y Paola Morello.

Las solicitudes para reproducir o traducir total o parcialmente esta publicación deberán dirigirse a la Unidad de Salud de Adolescentes, División de Promoción y Protección de la Salud (HPP), Programa de Familia y Población, Organización Panamericana de la Salud, 525 23rd St., N.W., Washington, DC 20037, USA.

Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes

Copyright © 2001 Organización Panamericana de la Salud
Revisión técnica: Dra. Matilde Maddaleno, Francisca Infante
Edición: María Virginia Pinotti
Diseño: Sylvia Singleton
Fotos de la portada: Armando Waak, OPS

Índice

¿Por qué usar un enfoque de habilidades para la vida?	5
Introducción	6
□ <i>Figura 1: ¿Cuáles son las habilidades para la vida clave?</i>	6
Propósito y audiencia de este documento	7
Capítulo I: Adolescentes en Latinoamérica y el Caribe	9
Reformas en los sectores de salud y educación en LAC	12
Capítulo II: Fundamentos teóricos del enfoque de habilidades para la vida	13
Teoría del desarrollo infantil y adolescente	13
□ <i>Figura 2: Etapas del desarrollo en la infancia y la adolescencia</i>	15
Teoría del aprendizaje social	17
Teoría de la conducta problemática	17
Teoría de la influencia social	18
Solución cognitiva de problemas	18
Inteligencias múltiples: Incluyendo la inteligencia emocional	19
Teoría de resiliencia y riesgo	19
□ <i>Figura 3: Factores de riesgo y adaptación en el desarrollo de niños y adolescentes</i>	20
Teoría de psicología constructivista	21
Resumen	22
□ <i>Figura 4: Implicaciones de las teorías para el desarrollo de habilidades para la vida</i>	22
Capítulo III: Enfoque de habilidades para la vida: Armándolo todo	24
□ <i>Figura 5: Elementos clave de los programas de habilidades para la vida</i>	24
Definición específica de habilidades para la vida	25
□ <i>Figura 6: Habilidades para la vida</i>	25
Definición de áreas de información y contenido	28
□ <i>Figura 7: Contenido informativo para acompañar el desarrollo de habilidades para la vida</i>	29
Definición de métodos efectivos de enseñanza	29

☐ Figura 8: Ciclo de desarrollo de habilidades.....	30
Proveedores de programas y capacitación.....	31
Escenarios de programas	33
Evaluación de programas de habilidades para la vida	33
Capítulo IV: Asuntos clave y retos de la implementación	35
Capítulo V: Una agenda hacia el futuro	39
Capítulo VI: Adaptación de un marco de trabajo conceptual de habilidades para la vida.....	40
Capítulo VII: Descripción de iniciativas de habilidades para la vida en las Américas.....	42
Definiciones.....	46
Referencias.....	47
Anexo A: Programas/Recursos de habilidades para la vida.....	56
Anexo B: Herramientas para la defensa de las habilidades para la vida	58
☐ ¿Por qué usar un enfoque de habilidades para la vida?.....	58
☐ Resultados de la investigación	59
☐ Proveedores efectivos de programas de habilidades para la vida.....	60
☐ Ciclo de desarrollo de habilidades	61
☐ Programas de habilidades para la vida: Contenido informativo	62
☐ Programas de habilidades para la vida: Metodología de enseñanza.....	63
☐ Programas de habilidades para la vida: Capacitación de proveedores	64
☐ Conjuntos de habilidades para la vida	65

¿Por qué usar un enfoque de habilidades para la vida?

Para el año 2010 habrá más adolescentes (con edades de 10 a 19) viviendo en el mundo que en cualquier época anterior, y una gran proporción vivirá en Latinoamérica y el Caribe (LAC). Esta cohorte de jóvenes puede convertirse en un regalo o en una carga para sus países, dependiendo de la capacidad de los gobiernos, comunidades y familias para desarrollar el potencial humano de esta generación. Este documento describe un modelo cuyo objetivo es contribuir en forma efectiva a los programas de habilidades para la vida en el desarrollo saludable de los adolescentes.

Definido en forma amplia, un enfoque de habilidades para la vida desarrolla destrezas para permitir que los adolescentes adquieran las aptitudes necesarias para el desarrollo humano y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria. Este documento identifica las “Habilidades para la vida” como: 1) habilidades sociales e interpersonales (incluyendo comunicación, habilidades de rechazo, agresividad y empatía), 2) habilidades cognitivas (incluyendo toma de decisiones, pensamiento crítico y auto evaluación), y 3) habilidades para manejar emociones (incluyendo el estrés y aumento interno de un centro de control).

Las teorías sobre el desarrollo humano y las conductas del adolescente establecen que estas habilidades específicas son componentes esenciales de un desarrollo saludable, y son habilidades que definen a un niño de carácter fuerte. A través de la investigación también se ha encontrado que estas habilidades particulares son mediadores de conducta en la adolescencia. Los resultados de la evaluación de programas muestran que el desarrollo de las habilidades para la vida puede retrasar el inicio del uso de drogas, prevenir conductas sexuales de alto riesgo, enseñar a controlar la ira, mejorar el desempeño académico y promover el ajuste social positivo.

Los programas efectivos ayudan a los jóvenes a desarrollar estas habilidades por medio de métodos de enseñanza interactivos que incluyen actuaciones, discusiones abiertas, ensayo de habilidades y actividades en grupos pequeños. El contenido informativo se incorpora en el programa con base en las tareas personales, sociales y de salud de la adolescencia dentro de una cultura específica. Basándose en el contexto local, un programa de habilidades para la vida puede incluir contenido sobre la amistad, la intimidación, las relaciones sexuales, el control de la ira, las percepciones acerca del uso de drogas, los métodos de control de la natalidad y la prevención del paludismo. En la investigación se estableció que tanto el desarrollo de habilidades como el contenido informativo son componentes necesarios de los programas efectivos. Otros aspectos clave son los programas para la adolescencia temprana, enseñar ejemplos de habilidades por medio de pares y la interacción social, la incorporación de solución de problemas interpersonales y el desarrollo de habilidades internas que apoyen conductas externas positivas. Los proveedores de salud deben recibir capacitación en procesos grupales, métodos interactivos de enseñanza y respeto por los adolescentes. Más importante todavía, deben ser percibidos por los adolescentes como modelos a seguir. Los proveedores de salud, consejeros, maestros, padres y líderes entre sus pares pueden cumplir estos requisitos y los programas pueden ser puestos en práctica en una variedad de escenarios, incluyendo clínicas de salud, centros comunitarios, centros juveniles, iglesias y escuelas.

Para continuar con la agenda de los programas de habilidades para la vida en la Región se debe defender este enfoque a través de una investigación sólida y una base teórica. La Organización Panamericana de la Salud, en colaboración con otras agencias, se compromete a apoyar pruebas piloto y evaluación de programas en la Región, el desarrollo de investigación en LAC, basado en el desarrollo de habilidades, y la defensa de este valioso enfoque para un desarrollo saludable de los adolescentes.

Introducción

Para el año 2010, el número de adolescentes en el mundo será mayor que nunca antes en la historia: 1,2 mil millones de jóvenes con edades comprendidas entre 10 y 19 años. Una gran proporción de ellos vivirá en Latinoamérica y el Caribe (LAC) en el año 2010: casi 107 millones de gente joven (Oficina de Censos de los Estados Unidos, 2000). ¿Podrá esta cohorte de jóvenes llenar su potencial como regalo para la Región? La respuesta, en gran medida, depende de la capacidad de las familias, los gobiernos y las comunidades para desarrollar el potencial humano de esta generación.

La Organización Panamericana de la Salud, junto con otras organizaciones de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales, gobiernos de países y otros organismos, ha estado trabajando en una infraestructura para lograr que la agenda para el desarrollo de los jóvenes se convierta en realidad. Se están creando políticas y leyes que protejan y promuevan a los jóvenes en muchos países, con la participación de los mismos jóvenes. Hay más oportunidades para que los profesionales de la salud y servicios sociales aumenten sus habilidades para trabajar con los adolescentes, y el constante aumento de investigaciones sobre mejores prácticas en el desarrollo de adolescentes y jóvenes está ofreciendo las herramientas y modelos de programa para hacerlo en una forma más efectiva que nunca.

Este documento describe un modelo de una mejor práctica para contribuir al desarrollo saludable de los adolescentes: el enfoque de habilidades para la vida. Un aspecto clave del desarrollo humano—tan importante para la supervivencia básica como el intelecto – es la adquisición de habilidades socio-cognitivas y emocionales para enfrentar problemas. Este enfoque, al que algunas veces se refiere como una educación basada en habilidades, desarrolla las habilidades en estas áreas específicas para fortalecer los factores protectores de un adolescente, promover la competitividad necesaria para lograr una transición saludable hacia la madurez y promover la adopción de conductas positivas. Los programas efectivos ponen en práctica habilidades en asuntos relacionados con las tareas de desarrollo y del contexto social del adolescente, tal como el desarrollo de la identidad sexual, comprensión de la presión por parte de los pares y manejo de emociones. Se ha demostrado que esto influye las conductas. Por más de una década, la investigación de intervenciones que tienen que ver con estas áreas específicas ha demostrado su efectividad para promover conductas deseables, tales como socialización, mejor comunicación, toma efectiva de decisiones, solución de conflictos y prevención de conductas negativas o de alto riesgo, tales como el uso de tabaco, alcohol u otras drogas, sexo inseguro y violencia.

Basándonos en esta investigación y en teorías del desarrollo humano, hemos identificado tres categorías clave de habilidades para la vida: (1) habilidades sociales o interpersonales; (2) habilidades cognitivas; y (3) habilidades para enfrentar emociones. A modo de aclaración, los programas de habilidades para la vida según se definen en este documento NO abarcan habilidades técnico/vocacionales (carpintería, costura, programación de computadoras), habilidades para ayudar a una persona joven a obtener un empleo (tales como habilidades para entrevistas) o habilidades para el manejo de dinero (cómo llevar el saldo en una chequera o la apertura de una cuenta bancaria). En tanto que muchos jóvenes pueden beneficiarse con programas que desarrollan tales habilidades prácticas, se ha demostrado que las habilidades socio-cognitivas y de control de emociones representan el corazón del desarrollo humano.

Figura 1: ¿Cuáles son las habilidades para la vida clave?

Las habilidades para la vida abarcan tres categorías básicas, que se complementan y fortalecen entre sí:

- ☐ Habilidades sociales o interpersonales, incluyendo comunicación, habilidades para negociación/rechazo, confianza, cooperación y empatía.
- ☐ Habilidades cognitivas, incluyendo solución de problemas, comprensión de consecuencias, toma de decisiones, pensamiento crítico y autoevaluación.
- ☐ Habilidades para el control de emociones, incluyendo el estrés, los sentimientos, el control y el monitoreo personal.

El desarrollo de estas habilidades está estrechamente relacionado a una pedagogía de aprendizaje activo. Por medio de métodos de enseñanza participativos, tales como actuación, debates, análisis de situaciones, y solución de problemas de forma individual, los programas de habilidades para la vida pueden comprometer en forma activa a los jóvenes en su proceso de desarrollo.

Antes de proceder debemos hacer una advertencia. El enfoque en el desarrollo de las habilidades individuales constituye una poderosa metodología para promover la salud del adolescente, pero este enfoque debe trasladarse a un contexto más amplio. Los adolescentes en la Región a menudo se enfrentan a muchas amenazas a su salud, incluyendo pobreza, violencia política, falta de oportunidades de empleo. También se necesitan estrategias que afecten el medio político, de comunicaciones, de la familia y la comunidad, para lograr un cambio sostenible a largo plazo. Una agenda amplia sobre la salud de los jóvenes debe incluir: (1) políticas que aboguen por servicios, oportunidades de empleo y un sistema educativo de calidad, (2) capacitación de profesionales para que trabajen con esta población, (3) implementación de servicios de intervención, prevención y promoción de la salud, (4) redes de organización de apoyo a los jóvenes, (5) investigación que pruebe estrategias en forma efectiva y que explore los asuntos de los jóvenes, y (6) recursos encausados al financiamiento de estos esfuerzos estratégicos (OPS, 1998a). Dentro de esta agenda, el enfoque de habilidades para la vida representa un modelo muy necesario, y como lo exponemos en este documento, un modelo efectivo para la programación de la promoción de la salud. La última sección de este documento, impulsando la agenda hacia el futuro, describe posibles medios para que estas otras estrategias puedan apoyar la adopción del modelo de habilidades para la vida para adolescentes en América Latina y el Caribe.

Propósito y audiencia de este documento

El enfoque descrito en este documento no es nuevo. El desarrollo de habilidades ha formado parte de la programación de adolescentes alrededor del mundo, ya sea dentro del desarrollo de jóvenes, formación de valores, prevención de embarazos, planificación de la vida, aprendizaje social y emocional, educación para la salud o iniciativas para la prevención del abuso de las drogas. La toma de decisiones hace ya mucho tiempo que es parte de los modelos de prevención del embarazo, las habilidades de rechazo se consideran críticas en la prevención del abuso de las drogas, y las habilidades de comunicación se han utilizado para ayudar a jóvenes agresivos o antisociales. Pero, al trasladarse hacia una programación más amplia que considera múltiples conductas y aptitudes, el enfoque de habilidades para la vida está comenzando a ser reconocido como un efectivo marco de trabajo unificador. Innovadores programas para jóvenes alrededor del mundo incorporan el desarrollo de habilidades a temas de derechos, y ciudadanía y solución creativa de conflictos.

Muchas agencias internacionales, incluyendo la UNICEF y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han apoyado programas locales en su trabajo. La Organización Mundial de la Salud ha sido un patrocinador dedicado, desarrollando documentos conceptuales y planes de estudios, y congregando a grupos de trabajo y capacitación para agencias gubernamentales y no gubernamentales en todo el mundo (OMS, 1999, 1996, 1993). La iniciativa global para la salud escolar y la red de trabajo en las escuelas para promover la salud han adoptado las habilidades para la vida como una estrategia prioritaria para la salud escolar en muchas partes de la Región.

En vista de estos antecedentes, este documento desarrolla un marco de trabajo de investigación, teoría y argumentos que profundizan nuestro conocimiento del enfoque de habilidades para la vida. Este documento específicamente apunta a:

- ☐ presentar las bases teóricas y de investigación de un enfoque de habilidades para la vida;
- ☐ definir habilidades para la vida y las metodologías de enseñanza efectivas para desarrollarlas;
- ☐ analizar los retos para implementar un programa de habilidades para la vida en la Región, y
- ☐ desarrollar un lenguaje y vocabulario común para promover el enfoque.

Este documento está dirigido a los creadores de políticas de gobierno y a los planificadores de programas en los sectores de salud, educación y juventud, a los consultores de OPS y a otras agencias involucradas en la salud de niños y adolescentes, y a los planificadores de programas en agencias no gubernamentales que estén interesadas en adoptar este enfoque.

El documento se divide de la siguiente forma:

- ❑ El **Capítulo I** provee un resumen de la situación de los adolescentes en la Región y las implicaciones de las reformas de salud y educación con relación a los programas de habilidades para la vida.
- ❑ El **Capítulo II** resume ocho teorías clave sobre el desarrollo, aprendizaje y conducta de niños y adolescentes.
- ❑ El **Capítulo III** define el enfoque de habilidades para la vida, incluyendo contenido, enseñanzas y preocupaciones programáticas.
- ❑ El **Capítulo IV** presenta las opiniones de los practicantes, basándose en entrevistas para ofrecer lecciones de la vida real sobre la implementación de programas de habilidades para la vida en el campo.
- ❑ El **Capítulo V** propone estrategias para el avance de este enfoque en LAC
- ❑ El **Capítulo VI** provee varias descripciones del programa en la Región
- ❑ El **Capítulo VII** ofrece algunas herramientas sencillas para iniciar un programa de habilidades para la vida personalizados

Capítulo I

Adolescentes en Latinoamérica y el Caribe

Los adolescentes en Latinoamérica y el Caribe cuentan con el potencial para contribuir decididamente al crecimiento y desarrollo de la Región. Representando 20,5% del total de la población de LAC, pueden llenar el potencial del cambio económico y tecnológico que está ocurriendo en la Región (Oficina de Censo de los Estados Unidos, 2000). Para aprovechar la oportunidad y desarrollar inteligentemente una agenda de programa para jóvenes, debemos primero comprender su situación en la Región. Esta sección presenta un bosquejo de indicadores educativos, de empleo y salud.

[Educación]

La educación es un medio poderoso para disminuir la pobreza y la falta de igualdad. La Región LAC ha progresado considerablemente a través de los años en el acceso a las escuelas de los jóvenes de todos los niveles. Los niños tienen un mejor comienzo en la vida, ya que la educación temprana está aumentando rápidamente en la Región. La matriculación en preescolar en LAC aumentó de 3,4 % en 1960 a casi 23% en 1996. Y cerca de 85% de la población en edad escolar está actualmente asistiendo a la escuela (Banco Mundial, 1999). Sin embargo, LAC va a la zaga con respecto a otras Regiones en el desempeño y competitividad en educación. Una razón clave ha sido el aumento lento de la matriculación en la educación secundaria en LAC. En una economía tan competitiva como la actual, es necesario obtener por lo menos una educación secundaria para ganarse la vida. El logro educativo promedio de los trabajadores en países de la OECD (Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo) es de 11,1 años y para Asia Oriental (excluyendo a China) es de 8,1 años, mientras que los trabajadores de LAC solamente alcanzan un promedio de 5,4 años (UNDP, 1994). La inversión en estudios secundarios universales debe ser una prioridad para la Región. Muchos países asiáticos, enfrentados en el pasado con patrones demográficos similares, invirtieron en educación secundaria universal. En varios análisis se concluyó que esto contribuyó significativamente al “milagro económico” de Asia de los años 1980.

En tanto que la educación superior se está convirtiendo en una meta más alcanzable para los jóvenes en ciertos países de LAC (Argentina, Chile, Costa Rica, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela, todos con matriculación terciaria que excede 25 %), la gran mayoría de la gente joven en LAC no tendrá esta oportunidad (Guadilla en Banco Mundial, 1999).

Las diferencias de género en la Región LAC, aunque menos pronunciadas que en muchas regiones en vías de desarrollo del mundo, son sustanciales, especialmente en las áreas rurales y entre la población indígena. De acuerdo a un estudio realizado, es más probable que las niñas obtengan una educación secundaria que los muchachos en todos los países LAC estudiados, excepto Bolivia, Guatemala y Perú (Alan Guttmacher Institute, 1998). Sin embargo, se necesitan más datos estadísticos para comprender las diferencias de género, no solo en términos de matriculación, sino también en cuanto a alumnos reprobados, graduados y logros académicos (Banco Mundial, 1999).

Y aun cuando la buena noticia es que la gente joven alcanza mayores años de estudio que sus padres, un estudio preparado por CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) determinó que aproximadamente un 80% de los jóvenes urbanos provienen de hogares en los que los padres tenían menos de 10 años de escolaridad. Esto es mucho más bajo que los 12 años de educación que se estiman necesarios para alcanzar un estándar de vida básico (CEPAL, 1997).

[Empleo]

Los jóvenes representan un 40—50% de la fuerza laboral de la Región. Esto no es sorprendente, dado el bajo nivel de matriculación en las escuelas secundarias de la Región. Un análisis realizado por CELAC muestra que 6 de cada 10 empleos nuevos creados en los años 90 fueron en el sector “informal”, tales como en salones de bingo o vendiendo lotería o refrescos. Se estima que aproximadamente 10 millones de niños menores de 14 años están trabajando en forma ilegal, sin beneficios de seguro social, con bajos salarios y a menudo bajo condiciones de riesgo (OPS 1998b; CEPAL, 1997 en Schutt-Aine, 2001).

Las cifras estimadas de desempleo varían entre 35 y 66%, y continúan siendo un problema (OPS, 1998b). La información obtenida de encuestas en hogares en 15 países muestra que los jóvenes (de 15 a 24 años) que no estudian ni trabajan representan entre 12% y 40% de los hogares pobres (CEPAL, 1997). El futuro para estos jóvenes, desconectados del sistema educativo, sin beneficios de seguro social u otras oportunidades para obtener habilidades en el desarrollo de capacidades, es muy incierto.

[Pobreza y desigualdad]

La pobreza y desigualdad continúan siendo una plaga para la Región LAC. En 1970, 40% de los hogares eran pobres y en 1994 esa cifra sólo se había reducido a 39%. Además, el número de aquellos hogares en pobreza total ha continuado creciendo (CEPAL, 1997). En 1993, más o menos 156 millones de personas vivían en condición de pobreza en la Región y 69 millones en pobreza extrema, casi todos en áreas rurales. CEPAL estimó que casi un tercio de los jóvenes en la Región vive en condición de pobreza con los consiguientes resultados: problemas de crecimiento, desnutrición, tuberculosis, infecciones respiratorias graves y falta de acceso a la educación. Y mucha gente joven en LAC crece en hogares en los cuales la mujer es la fuente principal de ingresos, lo que representa una tendencia a una mayor incidencia de pobreza. En Costa Rica, 21% de los hogares están encabezados por mujeres, en El Salvador ese porcentaje es de 35%, y en Trinidad y Tobago, el porcentaje es de 25%. Esta condición predomina en más o menos un 32% de las áreas urbanas (Nuñez y cols., 2000).

Las oportunidades y la riqueza en LAC siguen distribuidas en forma muy despareja. La posibilidad de ganarse la vida, obtener una educación, tener acceso a servicios de salud y vivir libre de enfermedades y pobreza varía ampliamente de país a país, y dentro de los países mismos. En Haití, más de un 70% de la población vive por debajo del nivel de pobreza absoluta y 13% de los jóvenes entre 15 y 19 años de edad son analfabetos. En contraste, 71% de los jóvenes en Argentina y 88% en Chile han alcanzado una educación secundaria, unos de los niveles más altos del mundo (Banco Mundial, 1999).

Los jóvenes que crecen en áreas rurales experimentan múltiples desventajas en comparación con sus contrapartes de las áreas urbanas. En América Latina, el analfabetismo es de 2 a 6 veces más alto en las áreas rurales que en las urbanas, y el acceso limitado a los servicios básicos (salud y nutrición) se ve exacerbado por la baja educación de las mujeres en las áreas rurales. Para los jóvenes de las áreas rurales existen muchos factores que limitan sus posibilidades de alcanzar una educación más allá de la primaria, como la pobreza, el aislamiento geográfico y la necesidad de utilizar a los niños en las labores domésticas. En Chile, la juventud rural alcanza un promedio de escolaridad de 8,8 años solamente, en Honduras la cifra es de 5,3 años de escolaridad, y los jóvenes en áreas rurales de Brasil solamente adquieren 4,2 años de escolaridad (BID, 1998).

Otro reto para los gobiernos de LAC es ofrecer servicios y oportunidades para los casi 40 millones de personas en América Latina que pertenecen a minorías étnicas (Banco Mundial, 1999). Los indígenas tienen los niveles más bajos de educación y los promedios más altos de pobreza en la Región, convirtiéndolos en uno de los grupos con mayor desventaja en el mundo.

Existe, además, la preocupación de que la globalización económica y la liberalización del comercio marquen aún más estas diferencias, cuando la gente joven con habilidades y educación empiece a gozar de los beneficios de estas tendencias, al tiempo que aquellos sin habilidades y con un bajo nivel de educación se enfrenten a una mayor marginalización y exclusión.

[Salud]

Los jóvenes se enfrentan a considerables retos en cuanto a un desarrollo saludable. En varios de los países más pobres de la Región, las enfermedades infecciosas, tales como la diarrea, influenza, y neumonía, siguen estando dentro de las cinco causas principales de muerte para los jóvenes entre los 10 a 14 años (OPS, 1998b). Pero, para muchos países en el otro extremo de la transición epidemiológica, la muerte y las enfermedades asociadas con conductas peligrosas, tales como fumar, accidentes de tránsito, violencia y actividad sexual de alto riesgo, han empezado a cobrar mayor importancia. Durante la última década, el nivel de violencia ha aumentado en todo el mundo, y está convirtiéndose en uno de los problemas más serios de la Región. Colombia, Puerto Rico, Venezuela, El Salvador y Brasil tienen los niveles más altos de homicidio de hombres entre los 15 a 24 años de edad (ibid). En muchos países, tales como Colombia, los jóvenes están viviendo situaciones de conflicto armado, que a menudo llevan a una reubicación forzada. Apenas estamos entendiendo el impacto que tiene en los jóvenes ser testigos y supervivientes de la violencia, y en muchos casos ser reclutas jóvenes de la milicia o la guerrilla.

La salud sexual y reproductiva constituye un aspecto fundamental de todos los seres humanos y abarca el derecho a la integridad sexual, seguridad, privacidad, igualdad, expresión, educación y acceso a cuidados. La adolescencia es una época crítica para el

desarrollo de la identidad sexual, el cuidado de sí mismo y pensar el desarrollo de su sexualidad hasta la madurez. Los cambios biológicos de la pubertad, una mayor independencia de la familia durante los años de la adolescencia en algunas culturas, las expectativas culturales y familiares sobre el género y la sexualidad, el desarrollo cognitivo y el crecimiento emocional darán forma al desarrollo sexual. De esta manera, el período de la adolescencia representa un momento oportuno para tocar temas sexuales y reproductivos. Según muchos indicadores, la mayoría de los cuales consideran tanto las conductas como los resultados, estos temas continúan siendo causa de preocupación en la Región (Schutt-Aine, 2001).

En los siete países que tienen información de la Encuesta Demográfica de Salud, entre 53 y 71% de las mujeres han tenido relaciones sexuales antes de cumplir 21 años (FNUAP, 1997 en OPS, 1998b, V.1). En la mayoría de los países de la Región, entre 15 y 25% de todos los nacimientos se dan en madres adolescentes (UNICEF, 1997a). Y el uso de anticonceptivos está en su punto más bajo entre los adolescentes (FNUAP, 1997 en OPS, 1998b, V.1). Las encuestas en el Caribe muestran que 40% de las muchachas y 50% de los muchachos no tienen acceso a anticonceptivos en su primer coito (UNICEF, 1997a). Entre 35—52% de los embarazos en adolescentes no fueron planeados (UNFPA y Adolescentes, 1997 en Schutt-Aine, 2001). La pobreza y la educación juegan un papel muy importante en el embarazo durante la adolescencia. Ochenta por ciento de las madres adolescentes en las áreas urbanas y 70% en las áreas rurales pertenecen al 50% de los hogares más pobres (CEPAL, 1997). En Colombia, la República Dominicana, Guatemala y México, las jóvenes con más de 10 años de escolaridad son cuatro veces menos propensas a iniciar su actividad sexual antes de los 20 años que aquellas con menor escolaridad (UNFPA y Adolescentes, 1997 en Schutt-Aine, 2001).

Las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA constituyen problemas serios en la Región. Cada año 15% de los adolescentes entre 15 y 19 años de edad adquieren una enfermedad de transmisión sexual, y el conocimiento sobre la transmisión, prevención y tratamiento es muy bajo (Macro International, 1996 en Schutt-Aine 2001). Los países del Caribe en general sufren de una incidencia más alta de VIH/SIDA. En 1999, el promedio de incidencia en adultos (15 a 49 años de edad viviendo con VIH/SIDA) en la Región del Caribe era la segunda más alta del mundo (UNAIDS, 2000). Los jóvenes se ven afectados por el VIH/SIDA en forma desproporcionada, ocurriendo cerca de la mitad de casos nuevos de infecciones VIH en jóvenes entre los 15 y 24 años.

El uso de tabaco, alcohol y otras drogas presenta serios riesgos de salud para los jóvenes de la Región. Los inhalantes representan un problema importante entre la población preadolescente, y son usados específicamente por los niños de la calle. El tabaco es responsable de cerca de 135.000 muertes en LAC cada año (OMS, 1997a; OPS, 2000). De acuerdo a la OMS, 40% de los hombres y 21% de las mujeres en los países en desarrollo en América son fumadores (OMS, 1998). Al separar esta información por país, encontramos una variación considerable. Países con bajo consumo (Perú, Guatemala) reportaron 350 cigarrillos por persona por año, en tanto que países con alto consumo (Venezuela, Cuba) reportaron 2000 cigarrillos por persona por año (OMS, 1997a). Las tendencias muestran que la edad en la cual se comienza a fumar está bajando, mientras que el promedio de mujeres jóvenes que empiezan a fumar está aumentando en proporción mayor a sus predecesoras. La preocupación debido al uso de otras drogas está aumentando, no sólo por el aumento del uso, sino también por la aparición de drogas nuevas y más potentes para uso recreativo, tales como la cocaína en pasta (UNICEF, 1997b). Los inhalantes también constituyen una preocupación en los niños de la calle en muchos países de la Región.

Si bien este análisis de la situación (tomado en su mayoría de indicadores de resultados) no constituye la historia completa de los adolescentes en la Región, podemos sacar implicaciones importantes para los programas de adolescentes.

- ❑ Las necesidades de los adolescentes varían ampliamente en LAC dependiendo del país, comunidad, género, estado socioeconómico y etnia. Un mismo programa o plan no servirá en forma efectiva para un adolescente boliviano de una comunidad rural y un adolescente jamaicano. Este documento se pronunciará a favor de los programas de habilidades para la vida, en los que el contenido de habilidades específicas se determina localmente.
- ❑ Aunque este análisis presenta la información de conductas de alto riesgo en forma separada (tabaco, coito prematuro, lesiones por accidentes de tránsito), éstas son concurrentes con los patrones de conducta. Este análisis apunta hacia la creación de modelos de programas, tales como el enfoque de habilidades para la vida que enfrenta conductas múltiples en un marco de trabajo de un programa único.
- ❑ La mayoría de la información disponible (y presentada en este análisis) está enfocada a problemas de conducta y resultados, y no a las necesidades o valores de los adolescentes. La investigación de temas tales como las relaciones con los padres, la participación en la comunidad, las habilidades para la toma de decisiones o la competencia social pueden ayudar a apoyar enfoques que traten tanto las conductas como los valores del desarrollo.
- ❑ Finalmente, mientras que el enfoque de las habilidades para la vida está visto como una alternativa a los programas enfocados en un problema único, este análisis destaca las graves amenazas que representan para los jóvenes de

América Latina y el Caribe la violencia, el VIH/SIDA, el embarazo temprano y el abuso de drogas. Este documento sostiene que los programas de habilidades para la vida más efectivos combinan el desarrollo de habilidades con el contenido de temas de relevancia en el contexto local.

Reformas en los sectores de salud y educación en LAC

¿Cuál ha sido la respuesta de los gobiernos de LAC a las necesidades de la población joven? Un estudio general de la Región muestra que se ha logrado un progreso significativo. En una evaluación en 1996 se determinó que 26 países de la Región han establecido Programas Nacionales de Salud del Adolescente, aunque algunos lo han hecho apenas recientemente (Rodríguez-García y cols., 1999). En países con programas nacionales con experiencia, tales como Colombia y Costa Rica, los profesionales de la salud están entrenados para trabajar con jóvenes en escenarios de salud, educación y comunidad. Los servicios de salud dirigidos en forma específica a los adolescentes tratan temas como salud reproductiva, salud mental y nutrición.

Un objetivo importante ha sido la incorporación de estrategias de promoción de la salud en los programas y servicios de salud de adolescentes. Este es un reto para el sector salud en general, el cual tiene un enfoque tradicional de servicios curativos en clínicas y hospitales. Y la promoción de la salud es particularmente importante en el campo de la salud del adolescente, dado que muchos hábitos se forman en esta etapa de la vida (Burt, 1998). Un apoyo reciente en esta lucha es la reforma del sector salud que está ocurriendo en cierto grado en todos los países de la Región. Los componentes primarios de la reforma incluyen la descentralización del gobierno, participación de la comunidad en la toma de decisiones locales, el enfoque al cuidado primario de la salud y la promoción de estrategias de salud. La reforma del sector salud podría apoyar la adopción de habilidades para la vida a través de:

- ☐ Mayor apertura del sector salud a probar modelos innovadores de promoción de la salud, tal como habilidades para la vida
- ☐ La participación de la comunidad, la cual facilita la capacitación de líderes comunitarios para trabajar con jóvenes
- ☐ La participación de los jóvenes en el sector salud, la cual promueve la capacitación de pares como líderes
- ☐ Un enfoque en la familia como un todo, lo cual puede facilitar enseñar a los padres a trabajar con los adolescentes en las habilidades para la vida
- ☐ Un acercamiento al costo-efecto, que puede promover la adopción de programas integrales, tal como habilidades para la vida
- ☐ Una mayor colaboración entre los sectores, la cual puede facilitar las asociaciones entre salud, educación y desarrollo de jóvenes.

La reforma educativa también puede ejercer influencia en la programación y las políticas en salud de los adolescentes. En una investigación se ha demostrado que una mejor educación lleva a mejores resultados en salud, y que una mejor salud lleva a mayores logros escolares (Banco Mundial, 1999). Las reformas tienen como meta dar la oportunidad de que la comunidad se involucre en las escuelas, mejorando la eficiencia del manejo de la escuela, desarrollando nuevos programas y materiales de estudio y mejorando las habilidades de los maestros. La superposición de metas entre la reforma educativa y los programas de promoción/educación, incluyen:

- ☐ Enfoque en el niño o estudiante como un todo
- ☐ Identificación de objetivos y resultados claros de los estudiantes
- ☐ Implementación de una enseñanza centrada en el estudiante
- ☐ Promoción del aprendizaje activo, participativo y cooperativo
- ☐ Enfoque en un pensamiento crítico de alto grado para los estudiantes
- ☐ Capacitación de maestros para asegurar la efectividad
- ☐ Participación de los padres en actividades de aprendizaje
- ☐ Consideración del ambiente escolar
- ☐ Colaboración dentro de una escuela y entre una comunidad y una escuela (Haber y Blaber, 1995)

El clima de reforma ofrece la oportunidad de que los países de América Latina y el Caribe adopten el enfoque de habilidades para la vida en la promoción de la salud de los adolescentes. Este documento ofrece los fundamentos teóricos y conceptuales de este enfoque, describe lo que se sabe de su efectividad, comienza a crear un lenguaje común alrededor del desarrollo de habilidades y provee la guía sobre cómo implementar las habilidades para la vida en la forma más efectiva.

Capítulo II

Fundamentos teóricos del enfoque de habilidades para la vida

Las teorías acerca de la manera en que los humanos, y específicamente los niños y los adolescentes, crecen, aprenden y se comportan, ofrecen el fundamento del enfoque de las habilidades para la vida. Estas teorías no son mutuamente excluyentes y todas contribuyen al desarrollo del enfoque de las habilidades para la vida. Esta sección analiza siete teorías: desarrollo del niño y el adolescente, aprendizaje social, problemas de conducta, influencia social, solución de problemas cognitivos, inteligencias múltiples, y riesgo y resiliencia. Una tabla en la página 15 resalta el eslabón clave de cada teoría con el desarrollo de las habilidades para la vida.

[Teoría del desarrollo infantil y adolescente]

La comprensión de los complejos cambios biológicos, sociales y cognitivos que ocurren desde la infancia hasta la adolescencia constituye la esencia de la mayoría de las teorías sobre desarrollo humano.

Cambios biológicos

Un cambio fundamental que sucede entre la niñez y la adolescencia temprana es el inicio de la pubertad. Cuando las hormonas que controlan el desarrollo físico se activan, la mayoría de los niños pasan por un arrebato de crecimiento, desarrollan características sexuales primarias y secundarias, se hacen fértiles y experimentan una libido sexual creciente. La pubertad es diferente en los hombres y las mujeres, quienes experimentan los cambios de la pubertad antes que los varones. De esta forma, las mujeres y los varones de la misma edad pueden encontrarse en puntos del desarrollo físico muy diferentes entre las edades de 10 a 14 años. Muchos jóvenes pueden no estar preparados en forma adecuada para estos cambios biológicos. Las preocupaciones de los adolescentes con relación a su apariencia pueden llevar algunas veces a dietas poco saludables, e inicio prematuro del coito antes de alcanzar la madurez cognitiva o emocional (Eccles, 1999).

Desarrollo del conocimiento social

El proceso de entenderse a sí mismo, a los demás y las relaciones humanas es parte importante del crecimiento en la adolescencia y la edad adulta. A los dos años de edad, los niños reconocen claramente su propia imagen, y demuestran la existencia del concepto visual de sí mismos. Alrededor de los ocho años, los niños comienzan a reflejar sus habilidades, preferencias y aversiones, y en general cómo sienten y qué piensan de las cosas. La conciencia social se mueve de la perspectiva egocéntrica del niño pequeño a una habilidad para entender, predecir y responder a los sentimientos y perspectivas de otros en la adolescencia temprana (Slaby y cols., 1995). Por tanto, esta etapa de la vida es crítica para el desarrollo de la empatía y la captación de perspectivas.

Aprender a evaluarse a sí mismo y sus habilidades en forma realista es otro proceso importante durante la niñez. Los niños pequeños tienen tendencia a ser muy optimistas con relación a sus habilidades. Conforme los niños van pasando a la niñez media (aproximadamente entre los 7-10 años) comienzan a reflexionar sobre sus éxitos y fracasos y a emparejar sus logros con metas internas y estándares externos. Conforme los niños comienzan a poner atención al trabajo de los demás como medio de evaluar sus propias habilidades, el proceso de autoevaluación se complica debido a las presiones a las que se ven expuestos con respecto al conformismo, la competencia y la necesidad de aprobación (Newman y Newman, 1998).

La autoeficiencia es otra dimensión del desarrollo del concepto de sí mismo. La autoeficiencia puede describirse como "el grado en que los individuos se ven a sí mismos como valiosos, como gente causalmente importante y como personas efectivas para dar forma a los eventos y resultados de sus vidas." (Tyler, 1991, pág. 40).

Desarrollo cognitivo

El conocimiento puede ser definido como el proceso de organizar y dar sentido a una experiencia (Newman y Newman, 1998). De acuerdo a Piaget, los seres humanos dan sentido a la vida por medio de la interacción con el medio. Desde la infancia hasta los 18 meses, los bebés aprenden por medio de la experiencia sensorial directa con el medio. A los 5 ó 6 años desarrollan herramientas más complejas para entender el mundo a través del lenguaje, imitación, imágenes, juegos y dibujos simbólicos. Al avanzar a la adolescencia temprana, el niño empieza a comprender las relaciones causales y lógicas, y su enfoque a la solución de problemas es más sofisticado. Piaget creía que ya en la adolescencia, una persona era capaz de lograr conceptos acerca de muchas variables, permitiendo la creación de un sistema de leyes o reglas para la solución de problemas (Piaget, 1972).

En tanto que Piaget se enfoca claramente en la interacción del individuo con el medio, los constructivistas sociales creen que el conocimiento es el resultado de la acción social y el lenguaje y, por tanto, es una experiencia compartida. Vygotsky, un destacado teórico del conocimiento, propuso que los nuevos niveles de conocimiento comienzan a un nivel interpersonal: originalmente entre el niño y el adulto, y luego a través de una interacción social continua. Él conceptualizaba que la distancia entre la etapa actual y el potencial de desarrollo de un niño está determinada por su capacidad para resolver problemas al trabajar solo, en comparación con su interacción con adultos u otros pares más capaces (Newman y Newman, 1998; Vygotsky, 1978). Visto desde esta perspectiva, el ambiente social tiene una fuerte influencia sobre la estructura del pensamiento propio, y las habilidades cognitivas pueden enriquecerse por interacciones más extensas, estructuradas y de mayor calidad con otros individuos.

Desarrollo social y contexto familiar

Las interacciones sociales se hacen cada vez más complicadas conforme el niño avanza hacia la adolescencia. Se pasa más tiempo con compañeros, y aumentan las interacciones con pares del sexo opuesto. La niñez media (de 7-11 años) representa la época de transición, es decir, cuando el niño se aleja de la esfera del hogar y pasa más tiempo con sus amigos, grupos de la escuela y de la comunidad. El estatus social se gana por medio de competencia y desempeño con los pares. Durante estos años críticos, los niños aprenden ya sea a ser competentes y productivos o a sentirse inferiores, lo cual puede llevar a consecuencias sociales, intelectuales y emocionales duraderas (Hansen y cols., 1998; Csikszentmihalyi y Schneider, 2000).

Aun cuando los compañeros son importantes, la familia y los parientes continúan siendo una influencia significativa en la adolescencia. Las investigaciones efectuadas en los Estados Unidos revelan que un entorno familiar autoritario, definido como "cordial y participativo, pero firme y consistente con el establecimiento y cumplimiento de guías, límites y expectativas de desarrollo apropiados" ha tenido efectos positivos en los adolescentes en forma consistente (Steinberg, 2000). Otra dimensión positiva es la de "otorgar autonomía psicológica", la que se define como "hasta dónde los padres animan y permiten que el adolescente desarrolle sus propias opiniones y creencias." (ibid).

La confianza interpersonal, definida como la expectativa general de que otras personas sean fiables y dignas de confianza, es una dimensión importante de la competencia social. En la investigación se ha determinado que las personas que confían en los demás son capaces de infundir confianza, son agradables a sus compañeros, hacen amigos fácilmente y son más autónomas al hacer y ejecutar planes de vida (Tyler, 1991). El establecimiento de la confianza se basa en experiencias pasadas y en el contexto de las relaciones.

La tabla siguiente traza algunas etapas clave del desarrollo de la niñez a la adolescencia media, reconociendo el papel que juega la adquisición de habilidades.

Figura 2: Etapas del desarrollo en la infancia y la adolescencia

	Niñez temprana Edad 4-6	Niñez media Edad 7-10	Adolescencia temprana Edad 11-14	Adolescencia media Edad 15-17
<i>Contexto social</i>	☐ Mayormente dentro del contexto del hogar ☐ Interacción clave entre el niño y los que le cuidan/familia	☐ Se mueve del hogar a contextos sociales más amplios ☐ Desarrolla el sentido de la laboriosidad ☐ Aprende a colaborar con sus pares y con adultos	☐ Adquiere mayor independencia ☐ Aumenta su enfoque a sus pares ☐ Comprende la perspectiva de los demás	☐ Autonomía de los padres
<i>Conocimiento</i>	☐ Escoge entre múltiples ideas ☐ Explica por qué algo no es justo	☐ Comienza a planear en forma consciente, coordina acciones, evalúa el progreso y modifica planes basado en la reflexión y evaluación	☐ Piensa en consecuencias a corto y largo plazo ☐ Capaz de pensar cada vez más en forma abstracta, considerando lo hipotético y lo real ☐ Capaz, en forma creciente, de recuperar información y usarla para solucionar nuevos problemas	☐ Usa procesos de solución de problemas ☐ Especula sobre las mejores alternativas ☐ Identifica factores no controlables ☐ Identifica estándares externos de justicia
<i>Concepto de sí mismo</i>	☐ Los niños tienden a ser muy optimistas acerca de sus habilidades	☐ A los 10 años es capaz de autoreflexión sobre sus habilidades, éxitos y fracasos ☐ Desarrolla el concepto de sí mismo	☐ Desarrolla un sentido de sí mismo como ser autónomo	☐ Continúa desarrollando un sentido de sí mismo como individuo autónomo

Fuente: Eccles, 1999; Crawford y Bodine, 1997.

Género y desarrollo

¿Cuáles son las diferencias del proceso de desarrollo entre hombres y mujeres? En investigaciones llevadas a cabo en los Estados Unidos se han determinado patrones de desarrollo asimétrico: los muchachos corren mayor riesgo psicológico que las mujeres durante la niñez, mientras que las niñas—más fuertes y psicológicamente más resistentes que los hombres en la niñez—de pronto corren más riesgo en la adolescencia (Gilligan, 1993). Los niños varones son más propensos a sufrir depresiones, desarrollar trastornos de aprendizaje y mostrar muchas formas de conductas fuera de control o carentes de un sentido de la realidad. En la adolescencia temprana las depresiones e intentos de suicidio en las niñas se incrementan, a menudo sin que hubiera habido rastro de estos problemas en la niñez. Gilligan argumenta que las crisis de los muchachos giran alrededor de tratar de encontrar medios para relacionarse con otros y en las niñas en tratar de encontrar su propia voz (ibid). Esta idea podría tener muchas implicaciones con respecto a cómo la toma de perspectivas, empatía y positivismo se desarrollan de forma diferente en los hombres que en las mujeres.

Desarrollo moral

Finalmente, el desarrollo moral es una dimensión importante del desarrollo humano. Puede ser definido como el “desarrollo de valores y normas que una persona utiliza para balancear o juzgar los intereses conflictivos de sí mismo y los demás.” (Westen, 1996). Sin embargo, las diferentes escuelas de pensamiento ofrecen perspectivas muy diversas de esta definición y de cómo los niños desarrollan el razonamiento y la conducta moral. Los *conductistas* creen que la conducta moral, como cualquier otra conducta, es aprendida a través de procesos de condicionamiento y modelo. Los teóricos *cognoscitivistas*, por otra parte, argumentan que el desarrollo moral procede de una secuencia exactamente igual al desarrollo del conocimiento en el niño. Kohlberg describe las etapas del desarrollo que van desde la preocupación de un niño por las consecuencias de una conducta, hasta los juicios morales que incorporan los derechos de los demás, y eventualmente incorporan principios universales de ética (Newman y Newman, 1998; Kohlberg, 1976).

Un reto importante a este punto de vista lo expresa Carol Gilligan, quien argumenta que las mujeres y los hombres tienen diferentes perspectivas sobre el razonamiento moral. De acuerdo con Gilligan, la concepción de la moral de las mujeres está orientada hacia temas de responsabilidad y cuidado, mientras que la de los hombres está orientada hacia los derechos y la justicia (Gilligan, 1988). Explorar cómo los hombres y las mujeres desarrollan el razonamiento moral dentro de diferentes culturas en LAC podría apoyar la incorporación de la clarificación de valores y el desarrollo moral dentro de los programas de habilidades para la vida.

En resumen, hay varios cambios críticos que se dan desde la niñez media hasta la adolescencia. Las transformaciones biológicas de la pubertad, los cambios psicológicos que acompañan el despertar de la sexualidad, las relaciones cambiantes con los pares y con la familia, y la habilidad creciente de los jóvenes en la adolescencia temprana para pensar en forma abstracta, para considerar diferentes dimensiones de los problemas y para reflexionar sobre sí mismos y los demás representa un momento crítico en el desarrollo humano. La posibilidad de que los jóvenes puedan pasar a través de estos cambios adquiriendo las habilidades requeridas para realizar una transición saludable a la adultez depende en gran parte de las oportunidades que su medio ambiente les ofrezca. “Con los cambios rápidos existe una gran posibilidad de que surjan resultados tanto positivos como negativos, creando oportunidades importantes para que los programas familiares, escolares y extracurriculares interactúen con los adolescentes en manera tal que fomenten el crecimiento y desarrollo.” (Eccles, 1999, pág. 36).

Las implicaciones de las teorías de desarrollo para los programas de habilidades para la vida son:

- (1) La etapa de la niñez tardía a la adolescencia temprana se señala como un momento crítico para desarrollar habilidades y hábitos positivos, ya que a esa edad hay una habilidad cada vez mayor para pensar en forma abstracta, para entender consecuencias y para resolver problemas.
- (2) El contexto social más amplio de la adolescencia temprana y media ofrece situaciones variadas para practicar habilidades con los pares y con otros individuos fuera de la familia.
- (3) Las habilidades y competencias son importantes en el camino que recorre un niño hacia el desarrollo y la obtención de un sentido propio como individuo autónomo.

[Teoría del aprendizaje social]

Esta teoría, que también se conoce como el Modelo Cognitivo de Aprendizaje Social, está basada en gran parte en el trabajo de Albert Bandura (Bandura, 1977b). La investigación de Bandura lo llevó a la conclusión de que los niños aprenden a comportarse por medio de la instrucción (cómo los padres, maestros y otras autoridades y modelos les indican que deben comportarse), lo mismo que por medio de la observación (cómo ven que los adultos y sus pares se comportan). Su conducta se consolida, o es modificada, conforme a las consecuencias que surgen de sus acciones y a la respuesta de los demás a sus conductas. Los niños aprenden a comportarse, entonces, a través de la observación y la interacción social, antes que a través de la instrucción verbal. De la misma manera, a los niños debe enseñárseles habilidades por medio de un proceso de instrucción, ensayo y retroalimentación, antes de hacerlo con una simple instrucción (Ladd y Mize, 1983). Bandura también hizo hincapié en que la autoeficiencia, definida como la confianza en sus propias habilidades para desempeñar diversas conductas, es importante para aprender y mantener conductas apropiadas, especialmente en vista de las presiones sociales para desarrollar un comportamiento diferente. Así, el desarrollo de habilidades no sólo se convierte en una cuestión de comportamiento externo, sino de cualidades internas (tales como la autosuficiencia) que apoyan tales conductas (Bandura, 1977a).

La Teoría del Aprendizaje Social ejerció dos influencias importantes en el desarrollo de programas de habilidades para la vida y habilidades sociales. Una fue la necesidad de proveer a los niños con métodos o habilidades para enfrentar aspectos internos de su vida social, incluyendo la reducción del estrés, el autocontrol y la toma de decisiones. La mayoría de los programas de habilidades para la vida y sociales tratan estas habilidades. La segunda fue que, para ser efectivos, los programas de habilidades para la vida y sociales necesitan duplicar el proceso natural por el cual los niños aprenden las conductas. Así, la mayoría de los programas de habilidades para la vida y sociales incluyen observación, representaciones, y componentes de educación de los pares además de la simple instrucción.

[Teoría de la conducta problemática]

Esta teoría, conforme fue desarrollada por Richard Jessor, reconoce que la conducta adolescente (incluyendo conductas de riesgo) no surge de una sola fuente, sino que es el producto de complejas interacciones entre los individuos y su entorno. La teoría de la conducta problemática se ocupa de las relaciones entre tres categorías de variables psicológicas: 1) el sistema de la personalidad; 2) el sistema del medio ambiente percibido; y 3) el sistema conductual. El sistema de la personalidad incluye "valores, expectativas, creencias, actitudes y orientación hacia uno mismo y hacia la sociedad." El sistema del medio ambiente percibido tiene relación con la percepción de la actitud de amigos y parientes hacia las conductas. Y, similar a Bandura, el sistema conductual generalmente se describe como el conjunto de ciertas conductas socialmente inaceptables (el uso de alcohol, tabaco y otras drogas, conducta sexual de personas menores de cierta edad, delincuencia, etc.).

Cada sistema psicosocial contiene variables que actúan como instigadores o controles de conductas problemáticas. La fuerza de estas variables resulta en una predisposición: la posibilidad de que ocurra una conducta problemática (Jessor, Donovan y Costa, 1991). Los instigadores debilitantes o controles de fortalecimiento ayudan a disminuir "la predisposición general de un niño hacia las conductas problemáticas" (es decir, la posibilidad de que el niño se involucre en conductas problemáticas o poco saludables). En sus primeros trabajos, Jessor ayudó a promover el desarrollo de enfoques de habilidades para la vida que incluían estrategias en los tres sistemas. En años más recientes, Jessor y la teoría de la conducta problemática han descrito otros dos sistemas de influencia, el ambiente social (que incluye factores como la pobreza y la estructura familiar) y la biología /genética (incluyendo variables tales como el historial de alcoholismo en la familia y la alta inteligencia (Jessor, 1992). La biología genética (al igual que la mayor parte de la investigación en genética) puede ser útil para identificar niños con una propensión genética hacia ciertas conductas de riesgo (como el alcoholismo), pero su uso en la prevención todavía es limitado. El dominio del ambiente social identifica otras variables (conductas tales como un desempeño escolar insuficiente) que se correlacionan con conductas de riesgo (tales como el uso de alcohol y otras drogas). Si estas variables cambian, afectarán a otras. Esto no toma en cuenta el trabajo de los eslabones causales entre las variables.

Así, desarrollar conductas como la clarificación de valores (para entender mejor los propios valores y creencias) y el pensamiento crítico (para reconocer claramente y analizar los valores del ambiente social) puede influenciar la conducta. Además, estas conductas pueden ser aún más efectivas en coordinación con programas que afectan otras variables, tales como programas de reducción de la pobreza, servicios clínicos de salud o prevención de la deserción escolar.

[Teoría de la influencia social]

Los enfoques de la influencia social están basados en el trabajo de Bandura (vea lo anterior) y en la teoría de la inoculación psicosocial desarrollada por investigadores, incluyendo a McGuire (1964, 1968). Los enfoques de la influencia social reconocen que los niños y adolescentes, bajo presión, se involucrarán en conductas de riesgo como el uso del tabaco. La presión social incluye “presión de los pares, modelos de padres fumadores, mensajes relacionados con los cigarrillos en los medios de comunicación, los cuales muestran a fumadores atractivos” (Evans, 1998). Los programas de influencia social anticipan estas presiones y enseñan a los niños las presiones y los medios para resistirlas antes de que sean expuestos a dichas presiones (del mismo modo que las vacunas crean resistencia a las enfermedades antes de que los niños sean expuestos a dichas enfermedades en el medio ambiente).

Esta teoría surgió como consecuencia de la investigación que demostraba que los programas que simplemente proveían información sobre las consecuencias de las conductas de riesgo (tales como fumar) y utilizaban el medio para prevenir que los niños se iniciaran en tales conductas no tuvieron éxito. La investigación de tales programas demostró que “el miedo inducido por el conocimiento de peligros a largo plazo parecía insuficiente para prevenir el inicio del hábito de fumar entre muchos jóvenes adolescentes, cuando eran expuestos a la presión social para adquirir la conducta.” (ibid).

Este enfoque fue inicialmente usado por Evans (1976 y cols.; 1978) en programas de prevención del uso del tabaco. El enfoque generalmente se conoce como “educación sobre la resistencia a los pares”, y se utiliza en una amplia gama de programas para prevenir el uso del tabaco, el alcohol y otras drogas, lo mismo que en la actividad sexual de alto riesgo. El meta-análisis de programas de prevención reveló que los programas de influencia social eran más efectivos que los programas basados únicamente en información o educación afectiva (Hansen, 1992). Usualmente estos programas están diseñados para riesgos muy específicos, que tienen en cuenta la habilidad de los pares de ser modelos de conductas positivas (tales como ejercicios en el aula para enseñar dichas conductas), o se centran en prevenir conductas de riesgo específicas (tales como el uso de la marihuana), en actitudes (tales como la opinión de que el uso de marihuana es malo), y en conocimiento (por ejemplo, las consecuencias del uso de marihuana en la memoria, los pulmones y la salud reproductiva de un niño). La capacitación sobre la social es generalmente un componente central en los programas de habilidades sociales y de habilidades para la vida.

[Solución cognitiva de problemas]

Este modelo de construcción de aptitudes de prevención primaria se basa en la teoría de que la enseñanza de habilidades interpersonales de solución cognitiva del problema (EISCP) en niños a temprana edad puede reducir y prevenir conductas negativas inhibidas e impulsivas. La investigación muestra diferentes niveles de habilidades interpersonales de pensamiento en niños que exhiben conductas sociales positivas, en contraposición con niños que exhiben conductas de alto riesgo en forma temprana (incluyendo conductas antisociales, incapacidad para enfrentarse a la frustración, y malas relaciones con los pares). Las habilidades se enfocan tanto en la capacidad de generar *soluciones alternativas* a un problema interpersonal como a desarrollar el concepto de *consecuencias* de distintas conductas. Se encontró que las relaciones entre estas habilidades de solución de problemas y el ajuste social estaban presentes en los niños de preescolar y jardín de infancia, pero también lo estaban en adolescentes y adultos.

La intervención llamada ICPS, por sus siglas en inglés (“Yo Puedo Solucionar el Problema”), desarrolla habilidades interpersonales de solución cognitiva del problema, empezando en preescolar y con el fin último de prevenir problemas más serios en el futuro, al enfrentarse a los pronosticadores de conducta muy temprano en la vida. Resolver problemas hipotéticos, pensar en voz alta, juegos de *rol* y dar información de retroalimentación son algunas de las metodologías para enseñar estas habilidades. Las investigaciones llevadas a cabo con preescolares y niños en jardín de infancia demostraron que aquellos que recibían un entrenamiento ICPS se convertían en individuos con mayor habilidad para enfrentar problemas típicos de la vida diaria que aquellos que no recibieron el entrenamiento. Al aprender a considerar más soluciones y consecuencias, se convertían en personas con mayor capacidad para enfrentar la frustración, mayor capacidad para esperar y para ser menos emocionales y agresivas cuando las metas no pudieron alcanzarse inmediatamente (Shure y Spivack, 1980). Así, la solución de problemas, especialmente en lo que aplica a situaciones sociales o interpersonales, y comenzando muy temprano en la vida, es una parte crítica de los programas de habilidades para la vida.

[Inteligencias múltiples: Incluyendo la inteligencia emocional]

Howard Gardner publicó *Frames of Mind* en 1993, retando la visión de moda de la inteligencia humana como un juego de capacidades cognitivas y de uso de símbolos que reconocen principalmente sólo habilidades verbales-lingüísticas y matemático-lógicas. Gardner propuso la existencia de ocho inteligencias humanas. Estas incluyen inteligencias lingüística, lógico-matemática, musical, espacial, corporal-cinestética, naturalista, interpersonal e intrapersonal. Esta teoría postula que todos los seres humanos nacen con ocho inteligencias, pero que éstas se desarrollan en grado diferente en cada persona y, que al desarrollar habilidades o resolver problemas, los individuos usan sus inteligencias de forma diferente.

La teoría de las inteligencias múltiples tiene implicaciones importantes para los sistemas educativos, y para incorporar el enfoque de las habilidades para la vida a la promoción y prevención. Reconocer otras inteligencias más allá de las habilidades verbales y matemáticas tradicionales, implica que los maestros deben enseñar esta gama más amplia de habilidades. En segundo lugar, se necesitan varios métodos de instrucción en el aula para involucrar a los estudiantes en los diferentes estilos de aprendizaje. Esto implica el uso de métodos de aprendizaje participativo y activo, y el estímulo del uso de la inteligencia musical, espacial, naturalista y otras. Además, esto permite a los niños y jóvenes utilizar diferentes inteligencias de forma simultánea.

Otros investigadores han ampliado el pensamiento en las dos inteligencias “personales”: inteligencia *inter*personal, es decir, la habilidad para entender y discernir los sentimientos e intenciones de otros, y la inteligencia *intra*personal, como la habilidad para comprender los propios sentimientos y motivaciones. Daniel Goleman popularizó esta idea en su libro, *Emotional Intelligence*, en donde arguye que saber cómo manejar las emociones propias es tan importante para tener éxito en la vida como lo es el intelecto (Goleman, 1997). Esta idea ha servido como base en trabajos de aprendizaje social y emocional (Weissberg y cols., 1998; Hawkins y cols., 1992).

[Teoría de resiliencia y riesgo]

La teoría de resiliencia y riesgo trata de explicar por qué algunas personas responden mejor al estrés y la adversidad que otras. La teoría de resiliencia arguye que hay factores internos y externos que protegen contra el estrés social o el riesgo a la pobreza, la ansiedad o el abuso. Si un niño cuenta con factores protectores fuertes, podrá resistir las conductas poco saludables que a menudo resultan de estos elementos de estrés o de riesgo. Los factores de protección interna incluyen la autoestima y el control interno, mientras que los factores externos son principalmente el apoyo social de la familia y la comunidad, tales como modelos positivos o servicios de salud (Luthar y Zigler, 1991; Rutter, 1987). De acuerdo a Bernard (1991), las características que distinguen a los jóvenes adaptables son la capacidad social, las habilidades de resolución de conflictos, autonomía y tener un sentido de propósito. Aunque el medio social de estos individuos está marcado por el riesgo, también tienen “cualidades protectoras, incluyendo personas que se preocupan y les apoyan, grandes expectativas y oportunidades de participación y compromiso.” (Meyer y Farrell, 1998, pág. 472). Los programas de prevención pueden estar dirigidos a una amplia gama de estos determinantes etiológicos. Comprender la relación del niño con el medio ambiente es la base de lo que a menudo se llama un enfoque amplio de prevención. Tal enfoque emplea estrategias que aumentan al máximo la resiliencia y minimizan el riesgo, involucrando no sólo al joven, sino también a la familia y la comunidad, a los proveedores y otros profesionales en el servicio de salud (a menudo por medio del manejo de un caso o un “servicio completo”).

La teoría resiliencia y riesgo provee una parte importante del enfoque de habilidades para la vida:

- ❑ Las habilidades socio-cognitivas, la aptitud social y las habilidades de resolución de conflictos sirven como mediadores de conductas, tanto positivas como negativas. En otras palabras, los programas de habilidades para la vida diseñados para prevenir conductas problemáticas específicas (por ejemplo, actividad sexual de alto riesgo, rechazo social) o promover conductas positivas específicas (por ejemplo, relaciones sanas con los pares, adaptación positiva en la escuela) no se ocupan simplemente de la conducta directamente. Más bien, acrecientan las aptitudes o habilidades que han demostrado ser mediadoras de las conductas.
- ❑ Es aparente que no hay una relación directa entre los factores de riesgo y los resultados conductuales. “Descubrimientos recientes en la epidemiología conductual indican que los problemas sociales y psíquicos y las conductas de alto riesgo a menudo ocurren en forma concurrente como un patrón organizado de conductas adolescentes de riesgo.” (Greenberg y cols., 1999, pág.4). Aquellos programas que enseñan habilidades emocionales y sociales tuvieron efectos positivos en diversas esferas, tales como la disminución de la agresividad en los muchachos, disminución de suspensiones y expulsiones, disminución del uso de drogas y la delincuencia, mejora en las calificaciones en los exámenes académicos y

aumento de los lazos positivos con la escuela y la familia (Hawkins y cols., 1992). De esta forma, los programas de habilidades para la vida están dirigidos y ejercen influencia en múltiples conductas.

- ❑ Muchos de los factores de riesgo que amenazan la salud y bienestar de los adolescentes (pobreza, enfermedad mental en miembros de la familia, injusticia racial) están fuera del alcance de lo que la mayoría de los programas de salud y prevención pueden lograr. Los programas de habilidades para la vida pueden dirigirse a los factores mediadores que pueden influenciar la salud y el bienestar, según lo ha demostrado la investigación.

La siguiente tabla ilustra los factores de riesgo y adaptación o factores protectores que tienen influencia sobre el desarrollo saludable de niños y adolescentes.

Figura 3: Factores de riesgo y adaptación en el desarrollo de niños y adolescentes	
Factores de riesgo	Factores protectores (adaptación)
<i>Características individuales</i>	
❑ Desventajas de constitución: complicaciones perinatales, desequilibrio químico neurológico, incapacidad sensorial ❑ Atrasos en las habilidades del desarrollo: baja inteligencia, incompetencia social, trastorno por déficit de la atención, incapacidades en la lectura, habilidades y hábitos malos de trabajo ❑ Dificultades emocionales: apatía, inmadurez emocional, baja autoestima, mal manejo de las emociones ❑ Problemas escolares: desmoralización escolar y fallas en la escuela	❑ Habilidades cognitivas ❑ Habilidades socio-cognitivas ❑ Aptitud social ❑ Habilidades de resolución de conflictos ❑ Locus de control interno ❑ Sentido de propósito ❑ Sentido del humor positivo ❑ Inteligencia por lo menos promedio
<i>Características familiares y sociales</i>	
❑ Circunstancias familiares: clase social baja, enfermedad mental o abuso de sustancias en la familia, familia de gran tamaño, eventos estresantes en la vida, desorganización familiar, desviación comunicativa, conflictos familiares y lazos insuficientes con los padres ❑ Problemas interpersonales: rechazo de los pares, alineación y aislamiento	❑ Lazos seguros con los padres ❑ Altas expectativas de parte de los familiares ❑ Lazos seguros con los pares y otros adultos que modelan conductas positivas de salud y sociales

Factores de riesgo	Factores protectores (adaptación)
<i>Características del medio</i>	
☐ Poco apoyo emocional y social ☐ Prácticas de manejo de estudiantes en las escuelas duras o arbitrarias ☐ Disponibilidad de alcohol, tabaco y drogas ilícitas y de armas de fuego en la escuela/comunidad ☐ Leyes y normas de la comunidad favorables al uso de sustancias ilegales, armas de fuego y perpetración de crímenes. ☐ Circunstancias de la comunidad: desorganización en el barrio, pobreza extrema, injusticia racial, alto grado de desempleo	☐ Conexión entre la casa y la escuela ☐ Cuidado y apoyo, sentido de "comunidad" en el aula y en la escuela ☐ Grandes expectativas del personal de la escuela ☐ Participación de los jóvenes, compromiso y responsabilidad en las tareas y decisiones de la escuela ☐ Oportunidades de participación de los jóvenes en actividades comunitarias ☐ Leyes y normas de la comunidad desfavorables al uso de sustancias ilegales, armas de fuego y perpetración de crímenes.

Fuente: Bernard, 1991; Kotliarenco y cols., 1997; Luther y Zigler, 1992; Rutter, 1987.

[Teoría de psicología constructivista]

La psicología constructivista se basa en que el desarrollo individual, incluyendo las facultades mentales superiores, está radicado en interacciones sociales. Se cree que el desarrollo cognitivo de un niño es un proceso de colaboración, que tiene lugar a través de la interacción con otras personas y con el entorno. Por lo tanto, el desarrollo del conocimiento no se centra sólo en el individuo, sino en lo que éste llega a aprender y comprender mediante las interacciones sociales.

Las teorías de Piaget y Vygotsky sugieren que un mecanismo clave en el desarrollo del niño es el conflicto cognitivo que surge en la interacción social. La contradicción surgida entre el conocimiento actual del niño y sus interacciones con otras personas, sobre todo con pares ligeramente mayores o más capacitados, obliga al niño a cuestionar sus creencias actuales, incorporar nueva información o experiencias y buscar nuevos niveles de comprensión. Vygotsky argumenta que "El aprendizaje despierta una serie de procesos de desarrollo internos que sólo se ponen en marcha cuando el niño interactúa con personas de su entorno y con sus pares" (Vygotsky, 1978, pág. 90). El aprendizaje es visto como cultural y contextualmente específico, donde la separación del individuo de sus influencias sociales es algo imposible.

Un elemento clave en las teorías de Vygotsky es la idea de la zona de desarrollo proximal (ZDP). Vygotsky sostiene que para entender la relación entre el desarrollo y el aprendizaje, es necesario distinguir entre dos niveles distintos de desarrollo: el nivel de desarrollo real y el nivel de desarrollo potencial. El desarrollo real se refiere a la resolución de problemas que el niño puede realizar solo, mientras que el desarrollo potencial ocurre cuando el niño resuelve problemas bajo la supervisión de un adulto o de pares más capacitados.

Por último, desde la psicología constructivista, el entorno de aprendizaje es sumamente importante a la hora de guiar el desarrollo del niño y, por otra parte, será influenciado por el aprendizaje de colaboración y las interacciones de pares en curso.

La psicología constructivista aporta al enfoque de habilidades para la vida de tres maneras. La primera es la importancia de la colaboración entre pares como base de las habilidades de aprendizaje, sobre todo para la resolución de problemas. En segundo lugar, el enfoque constructivista subraya la importancia que tiene contexto cultural a la hora de dar significado a los currículos de habilidades para la vida; los mismos adolescentes ayudan a crear el contenido a través de la interacción entre la información

verídica y su entorno cultural. Por último, esta perspectiva reconoce que el desarrollo de habilidades a través de la interacción del individuo con su entorno social pueden influir a los principiantes y al entorno (grupo de pares, aula, grupo juvenil, etc.).

[Resumen]

En resumen, cada una de estas teorías provee una pieza importante en el desarrollo de habilidades de justificación y diferenciación de perspectivas, las cuales explican la importancia de estas habilidades. Algunas teorías ponen mayor énfasis en los resultados de las conductas, justificando el desarrollo de habilidades como un medio para impulsar a los adolescentes hacia las conductas que las expectativas de desarrollo, el contexto cultural y las normas sociales consideran apropiadas. Otras se centran más en la adquisición de habilidades que en la meta misma, ya que la aptitud en la solución de problemas, comunicación interpersonal, y solución de conflictos se pueden ver como elementos cruciales del desarrollo humano saludable. Finalmente, algunas perspectivas teóricas ven estas habilidades para la vida como un medio para que los adolescentes participen activamente en su propio proceso de desarrollo y en el proceso de construcción de normas sociales. Enseñar a los jóvenes *cómo* pensar en vez de *qué* pensar, proveerles herramientas para la solución de problemas, toma de decisiones y control de emociones, y hacerlos participar por medio de metodologías participativas y desarrollo de habilidades puede convertirse en un medio de poder. El siguiente cuadro identifica las implicaciones de cada teoría para los programas de habilidades para la vida:

Figura 4: Implicaciones de las teorías para el desarrollo de habilidades para la vida

Teoría del desarrollo del niño y del adolescente	❑ La adolescencia temprana (10–14 años) se singulariza como un momento crítico para formar habilidades y hábitos positivos, puesto que en esa edad se está desarrollando la autoimagen y habilidad para pensar en forma abstracta y resolver problemas. ❑ El contexto social más amplio de la adolescencia temprana y media provee situaciones variadas, en las cuales se pueden practicar habilidades nuevas con pares y otros individuos fuera de la familia ❑ Se reconoce que el desarrollo de habilidades y aptitudes es crítico en el desarrollo de un niño y para alcanzar un sentido de sí mismo como un individuo autónomo
Teoría del aprendizaje social	❑ La enseñanza de habilidades para la vida requiere copiar los procesos naturales por los cuales los niños aprenden conductas (modelos, observación, interacción social). ❑ Los niños necesitan desarrollar habilidades internas (autocontrol, reducción del estrés, control de sí mismos, toma de decisiones) que puedan apoyar conductas positivas externas.
Teoría de conducta problemática	❑ Las conductas están influenciadas por los valores, creencias y actitudes del individuo y la percepción que los amigos y familiares tienen acerca de estas conductas; por lo tanto, las habilidades de clarificación y pensamiento crítico (para evaluarse a sí mismo y a los valores del medio social) constituyen un aspecto importante de los programas de habilidades para la vida.
Teoría de la influencia social	❑ Se puede evitar la presión social y la de los pares para practicar conductas insanas si se tratan <i>antes</i> de que el niño o adolescente se vea expuesto a estas presiones, apuntando así hacia la prevención temprana en vez de una intervención más tarde. ❑ Es más efectivo enseñar a los niños habilidades de resiliencia para reducir las conductas problemáticas que darles información o provocar miedo a los resultados de la conducta.
Solución cognitiva de problemas	❑ La falta de habilidades para resolver problemas está relacionada con conductas sociales insuficientes. Esto indica que es necesario incluir la solución de problemas como un aspecto de los programas de habilidades para la vida. ❑ Enseñar habilidades para la solución de problemas interpersonales en las etapas tempranas del proceso de desarrollo (niñez, adolescencia temprana) es sumamente efectivo.

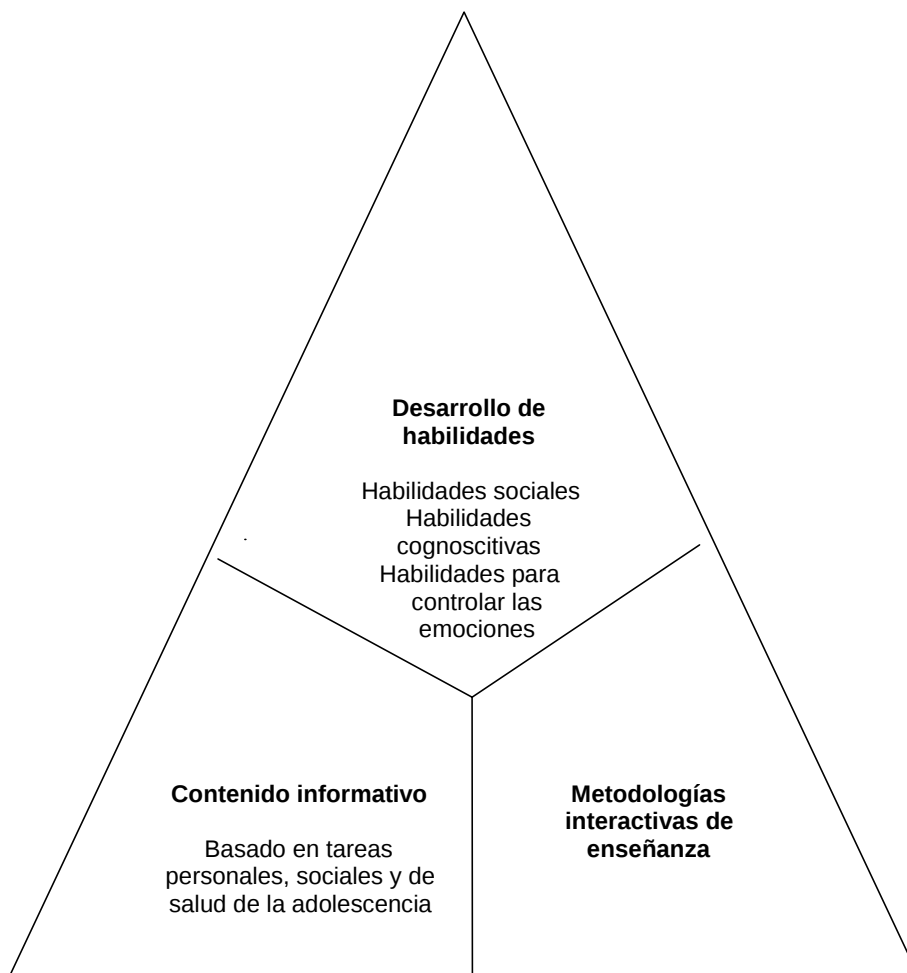
Inteligencias múltiples (incluyendo la inteligencia emocional)	☐ Una visión más amplia de la inteligencia humana apunta hacia el uso de varios métodos de instrucción, utilizando diferentes estilos de aprendizaje. ☐ El control de emociones y la comprensión de los propios sentimientos y los sentimientos de los demás son críticos en el desarrollo humano, y los niños pueden aprenderlos de la misma forma que se aprende a leer o las matemáticas.
Teoría de resiliencia y riesgo	☐ Las habilidades socio-cognitivas, la aptitud social y las habilidades para la solución de problemas pueden servir como mediadores de la conducta. ☐ Las habilidades específicas tratadas en los programas de habilidades para la vida forman parte de los factores internos que ayudan a los jóvenes a responder ante la adversidad, y son los rasgos que caracterizan a los jóvenes resistentes.
Teoría de psicología constructivista	☐ El proceso de aprendizaje ocurre a través de la interacción social en el aprendizaje de los pares, grupos cooperativos o situaciones de discusión abierta. ☐ El desarrollo de habilidades para la vida en los adolescentes, como cualquier otro proceso de aprendizaje, está lleno de creencias y valores culturales. ☐ El desarrollo de habilidades por medio de la interacción individual y el medio sociocultural puede llevar a cambios <i>tanto</i> en el individuo <i>como</i> en el medio (grupo de pares, clase, familia, grupo de jóvenes).

Capítulo III

Enfoque de habilidades para la vida: Armándolo todo

De esta amplia base de teorías, los productores de programas a menudo preguntan: “¿Exactamente cómo luce un programa de habilidades para la vida? ¿Cuáles son las habilidades para la vida principales que promueven el desarrollo saludable y minimizan el daño y el riesgo?” En tanto que el contexto local determina las habilidades específicas y el foco del contenido, los tres elementos claves de los programas de habilidades para la vida son: desarrollo de habilidades, información/contenido que trata sobre tareas de desarrollo con relevancia social y métodos interactivos de enseñanza y aprendizaje. Además, los planificadores de programas necesitan pensar bien quién proveerá el programa y en qué escenario. Dado los tipos de pedagogía y las estrategias de aprendizaje esenciales para desarrollarlas, ¿cómo se manejará la selección y desarrollo profesional de los proveedores? Esta sección va de la base teórica a lo específico en la programación de habilidades para la vida, al tocar los tres elementos clave y proponer sugerencias para la evaluación, capacitación y escenario del programa.

Figura 5: Elementos clave de los programas de habilidades para la vida



[Definición específica de habilidades para la vida]

Varias organizaciones juveniles y de salud e investigadores de la adolescencia han definido y categorizado las habilidades clave de diferentes maneras. Las categorías dependen del resultado deseado, la perspectiva disciplinaria del productor del programa o la investigación y las teorías dominantes que sirven de base al diseño del programa. Los siguientes son ejemplos de categorías de habilidades para la vida que se centran en aptitudes sociales, prevención de la violencia y promoción de la salud en general:

- ☐ habilidades relacionadas con el conocimiento social, percepción, codificación y descodificación de emociones, toma de perspectivas, razonamiento interpersonal y solución interpersonal de problemas (Bierman y Montimy, 1993)
- ☐ cooperación, aserción, responsabilidad, empatía y autocontrol (Gresham y Elliott, 1989)
- ☐ habilidades para entrar en sociedad, habilidades para conversar, habilidades para solución de problemas y conflictos, y habilidades para el control de la ira (Guevremont y cols., 1990)
- ☐ toma de decisiones/solución de problemas, pensamiento crítico/creativo, comunicación/relaciones interpersonales, conciencia de sí mismo/empatía y capacidad para enfrentar emociones/estrés (OMS, 1993)

Como se mencionó en la Introducción, las categorías de habilidades usadas en ese documento están divididas en: habilidades sociales, habilidades cognitivas y habilidades para el control de emociones.

Figura 6: Habilidades para la vida			
	Habilidades sociales	Habilidades cognitivas	Habilidades para el control de las emociones
HABILIDADES	☐ Habilidades de comunicación ☐ Habilidades de negociación/rechazo ☐ Habilidades de aserción ☐ Habilidades interpersonales (para desarrollar relaciones sanas) ☐ Habilidades de cooperación ☐ Empatía y toma de perspectivas	☐ Habilidades de toma de decisiones/solución de problemas ☐ Comprensión de las consecuencias de las acciones ☐ Determinación de soluciones alternas para los problemas ☐ Habilidades de pensamiento crítico ☐ Análisis de la influencia de sus pares y de los medios de comunicación ☐ Análisis de las propias percepciones de las normas y creencias sociales ☐ Autoevaluación y clarificación de valores	☐ Control del estrés ☐ Control de sentimientos, incluyendo la ira ☐ Habilidades para aumentar el locus de control interno (manejo de sí mismo, monitoreo de sí mismo)

Estas tres categorías de habilidades no se emplean en forma separada, sino que cada una se complementa y refuerza. Por ejemplo, un programa dirigido a la promoción de aptitudes sociales en los niños enseñaría medios para comunicar sentimientos (una habilidad social), para analizar diferentes maneras de manejar situaciones sociales (una habilidad cognitiva), y para manejar sus reacciones hacia el conflicto (una habilidad para enfrentar emociones). La siguiente sección presenta un vistazo general de estas categorías, y explora la investigación que apoya su uso en varios contextos programáticos.

Desarrollo de habilidades sociales

Los años de la adolescencia representan una época muy desafiante, ya que las relaciones con los padres, los pares y otras personas se hacen muy complejas. Las interacciones sociales efectivas son un factor crítico para funcionar exitosamente en el hogar, en la escuela y en el trabajo.

Una perspectiva de las habilidades sociales, que las enlaza directamente con los resultados de la conducta, es el modelo de déficit de habilidades. Este modelo presenta la hipótesis de que los niños que no desarrollan habilidades para interactuar de una manera socialmente aceptable temprano en la vida son rechazados por sus pares, y se enfrascan en conductas poco saludables (violencia, abuso del alcohol y otras drogas, etc.). Uno de los mejores pronosticadores de los delincuentes crónicos y de la violencia en la adolescencia es la conducta antisocial en la niñez (Pepler y Slaby, 1994). La investigación también indica que cerca de la mitad de los niños jóvenes que se ven rechazados por sus pares no tienen déficit social sino más bien un alto grado de agresividad aprendido en casa (Patterson, 1986). Estos niños tienen la tendencia a responder al rechazo de sus pares con agresión, iniciando un ciclo de comportamiento agresivo y de agresión a sus pares que va en aumento conforme estos niños crecen (Bierman y Montim, 1993). Los jóvenes que carecen de habilidades sociales pueden formar bandas, reforzando de esta manera el aislamiento de sus pares y sus conductas insalubres. De esta forma, los niños que no aprenden a compartir sus juguetes, sonreír a sus compañeros y turnarse durante el juego en la edad preescolar pueden encontrarse involucrados en un grupo definido por los pleitos y el abuso de alcohol y otras drogas durante la adolescencia (ibid).

Desde una perspectiva de prevención y promoción de la salud, la investigación apoya el desarrollo de habilidades, incluyendo la comunicación asertiva, rechazo y negociación.

- ❑ En el campo del abuso de sustancias, los programas de prevención se han enfocado en el entrenamiento asertivo y en las estrategias de comunicación para el rechazo y la negociación, combinado con habilidades para la solución de problemas, y la toma de decisiones y las técnicas de relajación (Botvin y cols., 1998 y Hansen, 1992).
- ❑ En el área de prevención de conductas sexuales de alto riesgo, las intervenciones han combinado el conocimiento basado en la educación con la capacitación en habilidades sociales, incluyendo la enseñanza de la negociación y el rechazo para producir cambios, y la conducta anticonceptiva de los adolescentes (Nangle y Hansen, 1993, pág. 115). En la investigación se ha determinado que los problemas relacionados con la actividad sexual del adolescente (poco uso de anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual y embarazo de adolescentes) están asociados con la falta de habilidades de comunicación, habilidades de aserción y habilidades para la solución de problemas (ibid, pág. 127).
- ❑ Muchos programas de resolución de conflictos y prevención de la violencia están dirigidos hacia el desarrollo de habilidades sociales y el conocimiento de alternativas a la violencia. El proyecto Programa de Resolución de Conflictos Creativamente (PRCC) está dirigido a “las habilidades para la solución de conflictos y la comunicación para reducir el conflicto, incluyendo: actividades de atención, expresión de sentimientos, toma de perspectivas, negociación y enfrentamiento de prejuicios” (Sadowski, 1998). “La capacitación en habilidades sociales... se enfoca en mejorar las habilidades sociales positivas, con las cuales se controlan los inevitables desacuerdos sociales y conflictos... Conforme (ellos) emplean estas habilidades, se reduce la ira por medio de mejor comunicación, y las consecuencias de la ira no controlada, por lo tanto, disminuyen.” (Deffenbacher y cols., 1996, pág. 150).

La toma de perspectiva y la empatía son dos habilidades sociales críticas. En tanto que la investigación defiende la idea de que la conciencia social de los niños se inicia desde una perspectiva egocéntrica, también se ha establecido que aun los niños pequeños tienen conciencia de los sentimientos de los demás y, a menudo, responden a la preocupación de otros basados en su nivel de entendimiento de la empatía. En los programas sobre la prevención de la violencia se ha enseñado con éxito las habilidades específicas que unen las habilidades de toma de perspectiva y empatía con conductas apropiadas. Los jóvenes muestran un mayor desarrollo de las habilidades para identificar y relacionarse con los sentimientos de otra persona si un modelo de la vida real muestra empatía en una situación de aflicción (Feshbach, 1982, Shure y Spivack, 1988). Guiar a los niños a practicar estas respuestas de empatía durante condiciones de conflicto puede desarrollar hábitos de pensamiento y sentimientos acerca de las perspectivas de otras personas y sus sentimientos, y puede ayudarles a encontrar soluciones no violentas en vez de recurrir a la agresión (Slaby y Guerra, 1998).

Desarrollando habilidades cognitivas

La mayoría de los programas de adolescentes que usan el enfoque de habilidades para la vida combinan las habilidades sociales y las habilidades cognitivas clave: resolución de problemas y toma de decisiones. La “solución de problemas” se identifica como un curso de acción que cierra la brecha entre la situación actual y una situación futura deseable. Este proceso requiere que quien toma la decisión sea capaz de identificar diferentes cursos de acción o solución a un problema, y determinar cuál es la mejor alternativa de solución (Beyth-Marom y cols., 1989). De acuerdo a la teoría de Bandura sobre el aprendizaje social, las personas que experimentan dificultades de desarrollo son menos capaces de plantear metas apropiadas y generar medios para lograr esas metas (Bandura, 1977). El trabajo de Shure y Spivack reitera la importancia que tiene la solución de problemas y el establecimiento de metas para un desarrollo saludable. Los jóvenes necesitan “aprender cómo pensar, y no solamente qué pensar en forma temprana” (Shure & Healey, 1993). En investigaciones sobre la prevención esa idea es aplicada a las habilidades que ayudan a los

niños a resistir la influencia de sus pares y de los medios de comunicación, aprendiendo cómo pensar en forma crítica acerca de los mensajes que reciben sus pares y de los medios de comunicación (Botvin y cols., 1998).

Otro aspecto crucial de la cognición está relacionado con la autoevaluación o la capacidad de reflexionar sobre el valor de las propias acciones y las cualidades de uno mismo y con los demás, y también con la expectativa o el grado al que uno espera que sus esfuerzos den forma a la vida y determinen los resultados. Las personas que creen que son causalmente importantes en sus propias vidas tienen una tendencia a “participar en conductas más proactivas, más constructivas y saludables, las cuales se relacionan con resultados positivos.” En la investigación se establecieron elementos correlativos entre este tipo de pensamiento y conductas tales como dejar de fumar, el uso de anticonceptivos entre las mujeres y los logros académicos (Tyler, 1991).

Los modelos de cognición social exploran la forma en que la cognición interactúa en el contexto de familia/pares y las creencias/valores existentes para afectar los resultados conductuales. El modelo de “hábitos de pensamiento” es uno de los modelos de cognición social, aplicado especialmente para modificar conductas agresivas. Las intervenciones tratan sobre el contenido del pensamiento del individuo (al modificar creencias que apoyan la violencia), el proceso de los pensamientos (al desarrollar habilidades para la solución de problemas sociales) y el estilo de pensamiento (al controlar el proceso impulsivo del pensamiento) (Pepler y Slaby, 1994).

Finalmente, la investigación ha demostrado que la toma de decisiones es un proceso mucho más complicado que un simple proceso racional (Beyth-Marom y cols., 1989). Controlar opciones difíciles, especialmente bajo condiciones de estrés, involucra las habilidades de pensamiento cognitivo (identificación de asuntos o problemas, determinación de metas, generación de soluciones alternativas, imaginación de posibles consecuencias) y habilidades para enfrentar emociones (calmarse a sí mismo en situaciones de estrés, escuchar con cuidado y exactitud, determinar la mejor opción) (Elias y Kress, 1994).

Desarrollo de habilidades para enfrentar emociones

Las habilidades para enfrentar emociones por medio del aprendizaje del autocontrol y el control del estrés (a menudo incorporando habilidades de solución de problemas sociales) constituyen una dimensión crítica en la mayoría de los programas de habilidades para la vida. La mayor parte de la investigación en esta área se enfoca específicamente en la reducción de la ira y el control de conflictos. Pero los programas de aptitud social y los programas de prevención del abuso de drogas también reconocen su importancia. Las habilidades cognitivas de relajamiento están dirigidas al despertar fisiológico, y se centran en mejorar las habilidades del control emocional. Las técnicas de relajamiento se enseñan para ayudar a los jóvenes a calmarse, de manera que sean más capaces de pensar y manejar en forma efectiva la frustración y la provocación (Deffenbacher y cols., 1996, pág. 150). El control de la ansiedad es otra importante habilidad de enfrentamiento emocional. “Los niños ansiosos tienden a tener percepciones distorsionadas del grado de amenaza presente en ciertas situaciones, y carecen de la autoeficiencia o las habilidades efectivas de control para manejar su angustia interior.” (Greenberg y cols, 1999, pág. 30).

Las habilidades para enfrentar emociones también incluyen el fortalecimiento del locus de control interno, o creer en el control personal y la responsabilidad por la vida propia, y en una expectativa generalizada de que las acciones propias serán apoyadas. Algunos aspectos de esto son: aprender a retrasar la gratificación de premios a corto plazo, poner los esfuerzos personales al servicio de la actualización de metas y buscar ayuda en momentos de angustia. Aun cuando los patrones de pensamiento constituyen un determinante importante del centro de control, Bandura describe la importancia que tiene la motivación para establecer metas e iniciar labores y perseverar en la tarea.

Los programas que desarrollan estas tres habilidades (es decir, social, cognitiva y de enfrentamiento de emociones) en forma efectiva en la adolescencia pueden ejercer una poderosa influencia en el desarrollo de los jóvenes, ofreciéndoles las aptitudes que necesitan para su crecimiento. Sin embargo, como se planteará en la próxima sección, la adquisición de habilidades en sí mismas no es suficiente. Deben combinarse con un contenido informativo que toque las labores sociales y de desarrollo de relevancia en esta etapa de la vida.

[Definición de áreas de información y contenido]

Aun cuando algunos programas tratan de enseñar en forma genérica las habilidades para la vida y sociales, la investigación indica que los programas efectivos incluyen normativa del contenido, es decir, enseñar a los niños la aplicación de habilidades en conductas específicas (Tobler y Stratton, 1997; Dusenbury y Falco, 1995; Donaldson, Graham y Hansen, 1994; Hansen, 1992; Caplan, Bennetto y Weissberg, 1991; Dodge, Pettit, McClaskey y Brown, 1986; Hawkins y Weiss, 1985). El contenido exacto y de desarrollo apropiado de relevancia para los jóvenes (por ejemplo, sexualidad, uso de drogas, nutrición y salud, o conflicto interpersonal) provee un contexto para las habilidades de aprendizaje. Una investigación reciente muestra que las habilidades no se aplican en forma automática y consistente a cada problema o labor social con la que se tropieza. Más bien, para producir un efecto significativo en el desarrollo o conducta, los adolescentes necesitan practicar y aplicar las habilidades aprendidas a “tareas sociales específicas y relevantes”.

Tal vez una pregunta crucial que debe hacerse es: ¿quién determina cuáles son esas tareas sociales de relevancia? Aunque los programas de habilidades para la vida se centran en enseñar a los adolescentes más en cómo, que en qué pensar, los valores y creencias siempre estarán implícitos en cualquier programa. En algunos la transmisión de valores puede ser una meta explícita, por ejemplo, en un programa de habilidades para la vida que incorpora el tema de los derechos y las responsabilidades cívicas de jóvenes. Dos de las habilidades mencionadas en este documento son el pensamiento crítico y la clarificación de valores. Los programas de habilidades para la vida deben facilitar una evaluación crítica de las normas sociales y la influencia de los pares, y pueden ayudar a los jóvenes por medio de la autoevaluación para explorar sus propios valores y su significado personal. Es muy importante que, ya sea que los valores sean implícitos o explícitos, el contenido específico del programa se determine localmente, por medio del diálogo y la participación de adultos y adolescentes, y esté basado en los riesgos de salud y aptitudes de la gente joven.

La investigación y la teoría defienden la incorporación de ciertos contenidos en un programa de habilidades: percepciones (por ejemplo, niveles reales frente a niveles percibidos del uso de drogas por parte de los pares), estereotipos (por ejemplo, predisposición contra el género en los medios de comunicación), estadísticas comunitarias (por ejemplo, el nivel de voluntariado entre los adolescentes), información de salud (por ejemplo, cómo utilizar un condón) e información sobre cómo buscar ayuda o recursos en la comunidad (por ejemplo, dónde conseguir consejería gratuita para la depresión). Los programas basados en la teoría de la influencia social tratan en forma efectiva las actitudes de los jóvenes acerca de conductas específicas, tales como el uso de marihuana, y los programas de capacitación de habilidades para la vida de Botvin modificaron de manera efectiva la percepción de los jóvenes acerca del uso de drogas por parte de los pares (Evans, 1998; Botvin y cols., 1990).

La siguiente figura ofrece un vistazo del contenido informativo en que se puede aplicar las habilidades para la vida:

Figura 7: Contenido informativo para acompañar el desarrollo de habilidades para la vida

		Ejemplos del contenido informativo
Áreas específicas de contenido	Prevención de la violencia/resolución de conflictos	- Estereotipos, creencias, atribuciones y guiones cognitivos que apoyan la violencia - Identificación de posibles situaciones de conflicto - Niveles de violencia comunitaria - Mitos sobre la violencia perpetuados por los medios de comunicación - Papeles de agresor, víctima y espectador
	Alcohol, tabaco y uso de otras sustancias	- Influencias sociales en el uso del alcohol, tabaco y otras drogas - Situaciones potenciales para recibir una oferta de drogas - Percepciones incorrectas acerca de los niveles de alcohol y tabaco, y el uso de otras drogas en la comunidad y por los pares - Efectos del alcohol, tabaco, y del uso de otras drogas - Recursos de la comunidad para tratar el uso de drogas en la comunidad
	Relaciones interpersonales	- Amistades - Noviazgos - Relaciones con los padres/hijos
	Salud sexual y reproductiva	- Información acerca de enfermedades de transmisión sexual/VIH/SIDA - Mitos y concepciones equivocadas acerca de VIH/SIDA - Mitos acerca de los roles del género, la imagen corporal perpetuada por los medios de comunicación - Equidad del género (o falta de ella) en la sociedad - Influencias sociales con relación a las conductas sexuales - Noviazgos y relaciones - Información acerca de la anatomía sexual, pubertad, concepción y embarazo - Niveles locales de HIV/SIDA/enfermedades de transmisión sexual, embarazo de adolescentes - Métodos alternativos de control de la natalidad - Localización y búsqueda de servicios
	Estado físico/ Nutrición	- Alimentos saludables - Ejercicio/deportes - Prevención de la anemia y deficiencia de hierro - Desórdenes en la alimentación - Imagen corporal

[Definición de métodos efectivos de enseñanza]

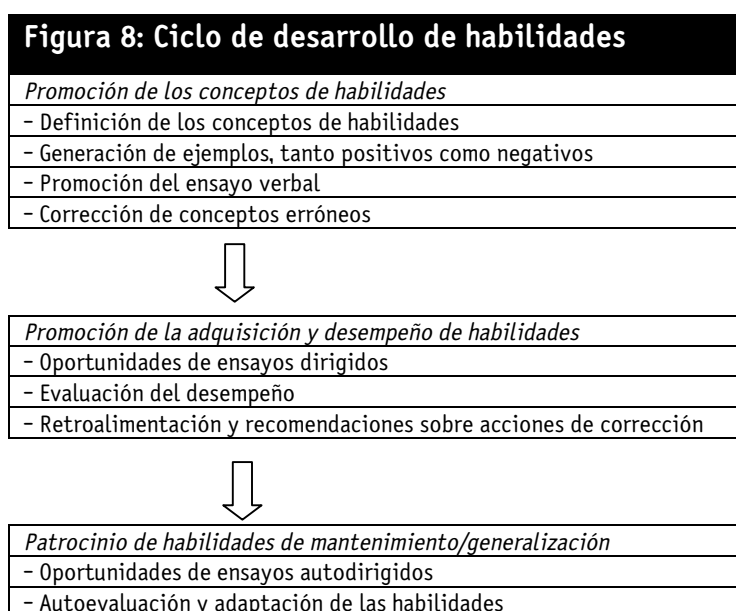
La metodología para desarrollar habilidades es un aspecto crítico de la programación efectiva. La investigación y la teoría muestran que no sólo el enfoque de habilidades para la vida es *más efectivo* por el uso de métodos de enseñanza interactivos, sino que las habilidades aprendidas *a través de* la interacción, el uso de los juegos de *rol*, los debates abiertos, las actividades en grupos pequeños y otras técnicas son parte integrante del enfoque.¹ La investigación ha demostrado que los niños hasta de 5 años pueden participar en el desarrollo de habilidades utilizando estos métodos. Familiarizar a los niños con la comunicación, la negociación y las habilidades para la solución de problemas de forma temprana en su niñez constituye una importante estrategia de prevención (Shure y Spivack, 1979, 1980). Una investigación sobre programas individualiza los métodos interactivos como un

¹ La definición de interacción o métodos de enseñanza interactivos no ha sido desarrollada aún o acordada en general. Se puede suponer que la comunicación unilateral, incluyendo conferencias, sermones, demostraciones y películas sin debate, no es interactiva. Las actividades que involucran a los participantes en modos activos y positivos y en las que los participantes prestan atención, reflexionan y están activamente involucrados son interactivas (Conf. Nac. Sobre el Abuso de Drogas, Prev. Research, Hansen, pág. 11).

componente importante del éxito en los programas. En la investigación sobre la prevención del abuso de sustancias se demostró que los programas interactivos fueron mucho más efectivos que los programas no interactivos (Tobler, 1992).

La teoría del aprendizaje social provee algunas de las bases teóricas de por qué las técnicas interactivas de enseñanza funcionan. En la investigación de Bandura antes mencionada se determinó que las personas aprenden qué hacer y cómo actuar observando a los demás. Y las conductas se refuerzan por las consecuencias positivas o negativas, según las capta el aprendiz (Bandura, 1977b). Además, la retención de conductas puede ser enriquecida por medio de ensayos: “cuando las personas ensayan mentalmente o realmente ejecutan patrones de respuesta modelada, hay menos probabilidades de que los olviden, que cuando ni piensan sobre ellos ni practican lo que han visto” (ibid).

En la siguiente figura se muestra un modelo de desarrollo de habilidades:



La teoría del constructivismo provee una alternativa de justificación a la perspectiva conductual. Vygotsky sostiene que la interacción social e involucrar al niño en la solución de problemas con sus pares y adultos es la base para la mente en desarrollo. Él lleva esto un paso más allá cuando dice que la interacción puede facilitar la participación del adolescente en el desarrollo de prácticas culturales y normas sociales. Una actuación acerca de la resolución de una situación conflictiva puede enriquecer las habilidades del adolescente que está actuando, así como reforzar las normas sociales positivas acerca de la resolución de conflictos en forma pacífica, al involucrar a sus pares (Meyer y Farrell, 1998, pág. 478).

Muchos programas capitalizan con el poder que tienen los pares para influenciar normas sociales y conductas individuales. Al trabajar en colaboración con los pares para promover conductas en favor de la sociedad, la estructura normativa cambia y apoya conductas saludables. Además, puede aumentar el apego de pares de alto riesgo a estas normas en favor de la sociedad (Wodarski y Feit, 1997, pág. 198). Los grupos de pares se forman naturalmente, y en estas situaciones de grupo los adolescentes pueden experimentar en forma segura con las habilidades recién adquiridas en un ambiente de apoyo positivo, según lo establezca el adulto que provee el programa (Hansen y cols., 1998).

En resumen, los métodos para la adquisición de habilidades involucran el aprendizaje cooperativo, el apoyo de los pares, las oportunidades de ensayo continuas, la retroalimentación exacta, la crítica constructiva y modelado de las habilidades por otros pares y adultos. Algunos de los posibles métodos de adquisición de habilidades, muchos de los cuales no son actividades escandalosas ni bulliciosas, incluyen:

- ☐ Juegos de rol
- ☐ análisis de situación
- ☐ trabajo en grupo pequeño
- ☐ debates
- ☐ ensayo de uno a uno
- ☐ mapeo de decisiones o árbol de problemas
- ☐ análisis de contenido literario
- ☐ ejercicios de relajación y formación de confianza
- ☐ juegos

La próxima sección trata las clases de proveedores de programas y los retos a los que se enfrentan al usar estos métodos de enseñanza.

[Proveedores de programas y capacitación]

Los proveedores de programas de habilidades para la vida requieren una mezcla de cualidades profesionales y personales. Algunos individuos cuando llegan al trabajo ya las traen y otros deben ser entrenados para adquirirlas. ¿Quién puede enseñar habilidades para la vida en forma efectiva? Generalmente los programas de habilidades para la vida son ofrecidos por trabajadores sociales, consejeros, maestros, psicólogos y otros proveedores de servicios de salud. Es primordial que el líder sea un modelo que tiene éxito o habilidades, posea una gran posición y tenga control de los recursos para premiar (Bandura, 1977a). Los proveedores de salud a menudo cumplen con estas expectativas, al igual que muchos maestros, líderes comunitarios y padres de familia. Sin embargo, muchos adultos deberán olvidarse de los enfoques autoritarios y didácticos para convertirse en proveedores efectivos del programa.

Se ha incluido a líderes de la misma edad o a pares en muchos estudios para probar la influencia social que tienen y el enriquecimiento de aptitudes que adquieren en cuanto a la prevención del abuso de drogas (Botvin y cols., 1998). También fueron incluidos en entrenamientos de habilidades sociales para promover la interacción social de los niños (Elliot y Gresham, 1993). Se ha descubierto que los líderes entre los pares juegan un papel importante en la influencia social que tienen para obtener el cambio de conducta, dado que en forma general son dignos de crédito y son modelos accesibles (Botvin y cols., 1998; Tobler, 1992). Los líderes del grupo de pares generalmente ayudan a un proveedor de programa adulto y juegan papeles específicos y bien definidos (Botvin y cols., 1998; Perry y Jessor, 1985). Un beneficio agregado en el uso de pares es que el joven líder mismo a menudo se beneficia de su posición como modelo y proveedor del programa (Tobler, 1992).

A través de algunos estudios se ha determinado que “los programas genéricos personales y de habilidades sociales para la prevención del abuso de sustancias pueden ser efectivos, ya sea que los proveedores principales sean miembros del personal del proyecto, trabajadores sociales, internos graduados, líderes del grupo de pares o maestros” (Botvin, 1986; Botvin y cols., 1995).

Los padres están en una posición única para influencia el comportamiento de sus hijos. En realidad los niños desarrollan habilidades tales como comunicación, solución de problemas y pensamiento crítico a través de los modelos en el hogar. El interés por entrenar a los padres sobre cómo enriquecer sus propias habilidades para entonces mejorar el aprendizaje de habilidades sociales y emocionales y de solución de problemas de sus hijos continúa creciendo (Shure, 1999). Se necesita más investigación para entender las diferentes metodologías de enseñanza, los antecedentes teóricos, el juego de habilidades y el entrenamiento de un programa de habilidades para la vida que involucre a los padres.

Lo que sí está claro es que estos posibles proveedores tienen el *potencial* para poseer las características de un efectivo proveedor de programa de habilidades para la vida. Los métodos interactivos de enseñanza requeridos por un programa de habilidades para la vida apuntan hacia la elección de proveedores con las siguientes características:

- ☐ Aptitud en el proceso en grupo; alguien que pueda enriquecer y simultáneamente centrar y dirigir al grupo (Tobler, 1992)
- ☐ Habilidad para actuar como guía en contraposición a ser dominante (ibid)
- ☐ Respeto por los adolescentes y su libertad de elección y autodeterminación (ibid)
- ☐ Rasgos personales que incluyan: ser cordial, prestar apoyo y ser entusiasta (Ladd y Mize, 1983)

Dados los métodos desafiantes que presenta un programa de habilidades, asegurarse de tener una capacitación para los proveedores de programa puede ser un factor clave para lograr la efectividad del programa. Las reformas en los sectores de salud y educación en América Latina y el Caribe proveen apertura para el entrenamiento de profesionales de la salud y maestros en

nuevos medios: utilización de métodos de enseñanza activos, enfoque en el niño y el adolescente como un todo y formación de habilidades junto con la oferta de información. La participación comunitaria en la reforma de los sectores de salud y educación puede proveer la oportunidad necesaria para entrenar y comprometer a líderes comunitarios, consejeros, trabajadores de la salud, educadores del grupo de pares y padres de familia.

Una preocupación permanente es que a menudo se espera que los proveedores de cuidados de salud, los que trabajan con jóvenes y los maestros trabajen con adolescentes para desarrollar habilidades que a menudo ellos mismos no poseen (por ejemplo, positivismo, control del estrés y resolución de problemas). Más aún, los proveedores de salud pueden necesitar ayuda con temas de salud sexual, abuso de sustancias o violencia en el hogar. En estudios sobre la promoción de programas de salud para maestros se ha demostrado que estos programas pueden ser muy beneficiosos para los proveedores, al mismo tiempo que mejoran la asistencia, la moral y la calidad del aprendizaje (Allegrante, 1998). Algunos programas para padres han tocado este tema, ayudándoles (como proveedores de programa) a desarrollar las habilidades en sus hijos (Shure y Spivack, 1979), al mismo tiempo que se ayuda a los padres a mejorar sus habilidades para la solución de problemas, actuación como padres y control del estrés.

Capacitar adultos en metodologías activas puede ser difícil, pero es esencial. En la investigación sobre el entrenamiento de educadores de la salud se encontró que algunos maestros no se sentían bien con las metodologías participativas, pero con la práctica, empezaron a dominar su disgusto (Basen-Engquist y cols., 1994).

De muchas maneras, la capacitación de los programas de habilidades para la vida refleja los principios de enseñanza de los programas en los que se les ha entrenado para que los implementen. El entrenamiento de los proveedores debe incorporar metodologías activas que incluyan lo que se sabe sobre los estilos de aprendizaje de adultos. El entrenador modela las actividades (por ejemplo, debate abierto, juegos de rol, trabajo cooperativo en grupo), y los participantes necesitan muchas oportunidades para practicar estos métodos. En combinación con la retroalimentación, este modelo imita el proceso de desarrollo de habilidades que se trató anteriormente para los adolescentes. El contenido informativo debe incluir un análisis de la percepción que tienen los adultos sobre la adolescencia, sus propios estereotipos y mitos, y clarificación de sus propios valores con relación a los jóvenes.

Otro asunto concierne el nivel de comodidad de los proveedores al tocar temas y preguntas sensibles que los adolescentes hacen. La higiene, la salud sexual, el noviazgo, las amistades y las decisiones difíciles acerca del futuro son temas que un proveedor de programa de habilidades para la vida debe estar listo para debatir—ya sea contestando preguntas o sabiendo dónde encontrar más información. Esto requiere capacitación sobre contenido acerca de la sexualidad adolescente, las etapas de desarrollo, la imagen corporal y la disponibilidad de recursos en la comunidad.

Los productores de *Módulos de enseñanza de salud de adolescentes*, un programa de educación de salud basado en las habilidades, entrenó a los proveedores del programa sobre cómo:

- ☐ Establecer el ambiente donde se valora la comunicación abierta, se da la solución constructiva a problemas y se valora la interacción positiva de pares
- ☐ Usar estrategias interactivas de enseñanza
- ☐ Modelar habilidades y ponerlas en práctica, incluyendo cómo dar estímulo y alabanza para reforzar normas de conducta positivas (O'Donnell y cols., 1995, pág. 90)
- ☐ Enseñar complejas habilidades sociales
- ☐ Proveer recursos para dar información de salud y remitir a los lugares apropiados
- ☐ Manejar ciertos asuntos complejos (Blaber, 1999)

Los datos específicos de capacitación varían grandemente en términos de diseño, extensión, contenido y metodología. En los resultados de investigación sobre la capacitación del personal, especialmente para los programas de habilidades para la vida que tratan conductas específicas, se determinó que:

- ☐ Es importante un enfoque de múltiples fases para el desarrollo del personal e incluye capacitación permanente y sesiones de estimulación (Hansen, 1992; Botvin, 1986)
- ☐ Los enfoques de capacitación deben estar a la medida de las habilidades de los proveedores (Gingiss, 1992)
- ☐ Es importante la participación activa de los proveedores en la toma de decisiones acerca de la adopción de programas
- ☐ En términos de la envergadura de la capacitación de los programas, en la investigación sobre programas de prevención de alcoholismo y abuso de drogas se encontró que debe haber por lo menos 10 sesiones (una sesión equivale a unos 45 minutos) durante el primer año, por lo menos 5 sesiones en los años siguientes y deben tener una duración de 3 años para ser efectivos (Dusenbury y cols., 1997b)

- ❑ Unir proveedores experimentados de programas de habilidades para la vida con los nuevos entrenadores es una estrategia efectiva de capacitación (Dusenbury y Falco, 1995)

[Escenarios de programas]

El desarrollo de habilidades para la vida puede y, de hecho, ha sido incorporado a programas en varios escenarios, incluyendo clínicas de salud, escuelas, hospitales, centros comunitarios y centros juveniles. Los siguientes son ejemplos de programas de habilidades para la vida en diferentes escenarios.

- ❑ Doctores, enfermeras, psicólogos, consejeros, trabajadores de la salud comunitarios a través de América Latina y el Caribe han empezado a formar equipos para proveer no sólo servicios de salud curativos, sino también para promover la salud. Los programas de habilidades para la vida pueden ser implementados en programas participativos de jóvenes, grupos de consejería y programas de educación de pares.
- ❑ Muchas ONGs en la Región proveen servicios de salud reproductiva, programas después de horas de escuela, programas de consejería y programas de liderazgo de jóvenes, haciendo de ellos escenarios potenciales para los programas de habilidades para la vida.
- ❑ La reforma educativa provee oportunidades para desarrollar actividades escolares que incluyen capacitación de los padres en habilidades para la vida, y para que los programas de educación de pares y de consejería incorporen el enfoque de las habilidades para la vida.
- ❑ Los programas sobre cómo ser padres han empezado a tomar fuerza en muchas comunidades y centros de salud, dando así una oportunidad para entrenar a los padres en programas de habilidades para la vida.

[Evaluación de programas de habilidades para la vida]

Para evaluar la efectividad de un programa de habilidades para la vida se requiere el diseño de un programa claro. ¿Cuál es el propósito general del programa y cuáles son las metas mensurables? ¿Cuáles son los resultados esperados en términos de la mejoría de las habilidades, cambios en la conducta o cambios de actitud o creencias en el adolescente? ¿Qué cambios pueden esperarse en el ambiente del programa o en el proveedor? Aun cuando el desarrollo de indicadores mensurables a menudo se queda atrás en los avances en diseño de programas, las iniciativas existentes de habilidades para la vida proveen una guía sobre cómo capturar el impacto.

Los componentes del proceso miden hasta dónde alcanza el programa la audiencia propuesta, y cómo se implementa el programa. Dos dimensiones importantes son la cobertura y la calidad. Cuánto entrenamiento tiene el proveedor, la fidelidad del diseño y la duración del programa son apenas algunos de los componentes de implementación que pueden afectar los resultados de la intervención. Medir hasta dónde es igual la implementación del programa en los distintos lugares es una clave para comparar su efectividad.

Los indicadores de resultados seleccionados para los programas dependen de las metas deseadas en cada programa. Los programas de habilidades para la vida generalmente analizan cambios en los niveles de habilidades, actitudes y creencias, y en los resultados conductuales. Estos pueden ser autoevaluados o evaluados por los proveedores de programas y los padres de familia. En el campo del abuso de sustancias, las habilidades críticas que se evalúan a menudo son las siguientes: seguridad, habilidades de rechazo, control de impulsos, toma de decisiones y solución de problemas (Botvin, 1986). El Sistema de Valoración de las Habilidades Sociales (SSRS, por sus siglas en inglés) (Gresham y Elliot, 1990) es uno de los muchos sistemas de valoración que han sido utilizados para medir las habilidades sociales de los estudiantes, incluyendo cooperación, positivismo, empatía y autocontrol. El ajuste emocional y social puede ser medido por medio de diferentes escalas, incluyendo el Examen de Tareas de Adaptación de la Escuela Media (Elias y cols., 1992). Este examen hace preguntas a los maestros, padres y estudiantes acerca de su adaptación a la escuela media (generalmente en edades entre 10-14 años en los Estados Unidos). Otras escalas incluyen el Perfil de Autopercepción para Niños, que mide la percepción de los niños en cuanto a su aptitud personal (Harter, 1985). Es necesario realizar más investigaciones para medir habilidades, aptitudes, ajuste y otros elementos clave de los programas de habilidades para la vida en América Latina y el Caribe.

Dependiendo del resultado conductual deseado, los programas pueden medir el uso de sustancias, cambios en la conducta sexual, decisiones acerca del tabaco, uso del condón, etc. Los programas de prevención del uso de sustancias a menudo aplican medidas objetivas de alcohol y tabaco, tal como los "breathalyzer" (analizadores del aliento), y la prevención de la violencia a menudo se fija en el número de conflictos o en si los conflictos resultan en violencia.

Cambios en actitudes y conocimientos son otros de los componentes del plan de evaluación. En el área de prevención de la violencia, varios autoinformes evalúan las actitudes y conocimientos de los adolescentes acerca de la violencia. Por ejemplo, La Escala de Creencias que Apoyan la Violencia (Slaby y Guerra, 1988) mide las creencias normativas acerca de la agresión y la Escala de Actitud hacia el Conflicto (Lam, 1989) mide el sentimiento de los jóvenes hacia diferentes métodos de solución de conflictos.

Puesto que los programas de habilidades para la vida tienden a ser muy amplios en su campo, es importante reconocer los efectos propuestos más allá de cambios en conductas, actitudes o habilidades individuales. Los cambios en las normas sociales entre los pares, cambios en los proveedores de programas y los cambios con relación a la comunidad, familia, padres o escuela son todos efectos potenciales y deben ser medidos.

Si bien el desarrollo de una guía detallada de la evaluación de programas de habilidades para la vida está más allá del alcance de este documento, los programas de habilidades para la vida existentes dan ejemplos de medidas, indicadores y planes de evaluación que pueden ser adaptados y probados en el contexto local.

Capítulo IV

Asuntos clave y retos de la implementación

Los programas de habilidades para la vida ejemplares en Latinoamérica y el Caribe ofrecen muchas lecciones aprendidas, al igual que lo hacen otros programas en otras partes del mundo. La *Reunión de Expertos de la OPS sobre Habilidades Para la vida y Desarrollo Humano*, efectuada del 8 al 10 de septiembre de 1999, ofreció un vistazo general del progreso en este campo. Este capítulo presenta los ingredientes de una implementación exitosa y la revisión de experiencias de programas de LAC, lo mismo que de Norteamérica. Para comprender los temas de la implementación realizamos entrevistas telefónicas con siete individuos directamente involucrados en programas de habilidades para la vida en Costa Rica, El Salvador, Colombia, Venezuela y una iniciativa regional en los países del Caribe.

La entrevista se centró en temas como:

- ☐ Estrategias de defensa para ganar apoyo para las habilidades para la vida en los sectores de salud y educación
- ☐ Política: qué indica si se ejecuta, y cómo ha influenciado la política a las habilidades para la vida
- ☐ Las condiciones, preocupaciones e intereses de los proveedores de programa
- ☐ Cooperación entre programas y sectores
- ☐ Mercadeo y diseminación del enfoque de las habilidades para la vida
- ☐ El papel importante de los materiales como herramienta
- ☐ Sostenibilidad y expansión del programa
- ☐ La necesidad de indicadores y de evaluación

En el corazón de la implementación se encuentra un proceso de planificación que comienza con la evaluación. ¿Qué resultados desea lograr un país o una comunidad? ¿Cuáles serán los valores y recursos a usarse para lograrlo? Es esencial asegurar que todo coordine entre el programa a ser usado, los intereses y las necesidades de los proveedores y los jóvenes, las condiciones locales y los recursos. El Capítulo VI provee una herramienta a los planificadores de programas por medio de un proceso relativamente eficiente, en el cual se consideran todos los elementos para producir un marco de trabajo conceptual a la medida y de relevancia para los temas específicos nacionales o locales.

Muchos especialistas en salud y educación notan que muchos de los esfuerzos comienzan y terminan en la evaluación. A menudo, los resultados nunca se traducen en acción. La planificación, resaltan ellos, es una base importante, pero no un fin en sí mismo.

[Estrategias de defensa]

Muchos de los entrevistados reportaron que es necesario convencer a los que dictan las políticas en los niveles superiores, tanto en el sector de salud como en el de educación, en los niveles nacional y local, de la importancia de promover la salud y las estrategias de prevención de enfermedades. A menudo, con el enfoque puesto en que las tradiciones académicas pertenecen a las escuelas y el tratamiento y el cuidado curativo al sector de salud, queda poco espacio para la prevención. Un director de programa en el Caribe dijo: "Cada día cuando uno abre el periódico, se encuentra con un importante tema sobre el desarrollo humano: SIDA, desnutrición, violencia. Pero no hay conexión entre el reportaje y la agenda de política pública. Uno sabe que cuando no hay debate sobre los temas y sobre su papel en el presupuesto, entonces no son importantes. Debemos provocar estos debates sobre la importancia de la prevención y la creación de habilidades para los jóvenes, o estaremos sentados sobre una bomba de tiempo. Debemos presentar argumentos sobre cómo hablar de ellos con los tecnócratas a cargo, y debemos tener más de estos asuntos en la agenda pública. Debemos hacer que nuestro lenguaje acerca de la promoción de la salud y las habilidades para la vida sea claro. También debemos aprender a aprovechar mejor el uso de los medios de comunicación, y la promoción de la salud tiene que hacer un mayor esfuerzo para venderse a sí misma".

Al abogar por las habilidades para la vida o una educación de salud basada en habilidades, no siempre es obvio cuáles argumentos o enfoques funcionan mejor con qué audiencia en particular. Lo que puede ser obvio o atractivo para planificadores de salud o educación puede no ser persuasivo en absoluto para otra audiencia. Por ejemplo, el jefe de policía de un colegio de los Estados Unidos informó que el presidente y los administradores no fueron persuadidos a tomar acción alguna cuando se les presentaron las estadísticas del alto porcentaje de estudiantes que ingerían alcohol, realizaban actos vandálicos, ataques sexuales y tenían

accidentes automovilísticos relacionados con el alcohol. Lo que sí llevó a que se tomaran medidas fue el informe del alto número de estudiantes que desertaban los estudios debido a problemas de alcoholismo, creando una pérdida **económica** para la universidad. El anexo B presenta ideas para varios argumentos relacionados con las habilidades para la vida, y expone pruebas de la investigación sobre su efectividad. Estos argumentos pueden ser probados y adaptados de acuerdo a necesidades específicas.

[Política de apoyo]

La mayoría de los representantes de programas de LAC indicaron que existen políticas y legislación en sus países para apoyar los programas de promoción de salud de los adolescentes. En general, éstas toman la forma de requisitos para que los maestros de escuela toquen el tema de la prevención del abuso de drogas o de la educación en salud en forma amplia. También existen leyes para hacer que la educación en salud de los adolescentes sea prioritaria en muchos países de la Región.

Sin embargo, los ministros en muchos de los países de LAC no han puesto en operación estas políticas, reclamando falta de materiales y guías para enseñar la prevención o para entrenar al personal de salud sobre cómo utilizar las estrategias de promoción. Típicamente, no existen apartados presupuestarios para satisfacer estas necesidades.

En el nivel local, los representantes de LAC reportan apoyo desigual de las autoridades escolares y los directores de salud. Sin embargo, en algunos países como en Colombia, los implementadores de programas indicaron que el apoyo para el enfoque de habilidades para la vida aumentó conforme las autoridades escolares empezaron a ver el impacto que tenía el programa en maestros, estudiantes y el ambiente escolar.

[Condiciones, preocupaciones e intereses de los proveedores de programas]

El entusiasmo, la aceptación y la participación de los proveedores de programas, ya sean trabajadores de salud, consejeros, maestros o voluntarios, son elementos clave para el éxito de un programa. De hecho, muchos de los programas locales han tomado fuerza y se han expandido con mucho éxito sin contar con el respaldo de políticas nacionales, debido al talento y la dedicación de los participantes locales.

Uno de los encuestados comentó sobre el reto que existe para ganar el apoyo de los proveedores de programas, al igual que la necesidad de involucrarlos desde las primeras etapas de evaluación. A menudo estos proveedores de programas ganan sueldos muy bajos y viven bajo el nivel de pobreza, teniendo así la necesidad de buscar un segundo empleo para sobrevivir. Responder a las preocupaciones de los proveedores y considerar nuevos medios para desarrollar sus habilidades para la vida, desarrollando beneficios inmediatos y duraderos para su beneficio personal y profesional, debería ser una de las prioridades en la implementación de programas. Como se mencionó anteriormente, los programas de promoción de salud pueden proveer beneficios positivos a los mismos proveedores de programas.

[Desarrollo de cooperación a través de los sectores y programas]

La coordinación de los planes y los programas que están en competencia es a menudo uno de los retos que existen especialmente en las escuelas para incorporar a los programas de salud de los adolescentes. Muchos de los directores de programas frecuentemente reciben quejas de maestros sobrecargados de trabajo al que implementar "otro programa más". Un ejemplo muy común es cuando el ministerio de salud confía en que los maestros tomarán un papel protagónico en la prevención durante las epidemias de malaria o dengue. Lo mismo ocurre con la implementación de programas de educación de la salud sobre el uso del alcohol, la educación sexual y la prevención del VIH. La agencia gubernamental del Caribe, CARICOM, que actúa como cuerpo coordinador entre los países y ministerios, está intentando reducir la duplicación de esfuerzos en la promoción de la salud. La competencia entre las diferentes agencias de las Naciones Unidas, cada una ofreciendo diferentes materiales y planes para la educación en salud, y distintos aprendizajes sociales y habilidades para la vida, confunde y a menudo duplica trabajos ya realizados.

Las habilidades para la vida como objetivo pueden ahora disfrutar de varias ventajas a la luz de este reto. Primero, el centro de atención sobre el desarrollo de habilidades puede ayudar a disipar las tensiones locales acerca de ciertos temas de salud pública con los adolescentes, tales como el VIH/SIDA. En segundo lugar, las habilidades para la vida pueden verse como un marco de trabajo unificador para la promoción de la salud, el cual puede servir como puente entre muchos temas diferentes de salud y

desarrollo. El uso de drogas, la ciudadanía, la salud sexual, el establecimiento de amistades, la planificación de la vida y el control de la ira pueden ser temas tratados dentro de un programa de habilidades para la vida amplio. Además, explorar las conexiones entre estos temas y las conductas relacionadas puede enriquecer la comprensión de estos temas.

Otro desarrollo positivo es que las agencias de las Naciones Unidas están comprometidas con un enfoque basado en habilidades como parte de un paquete básico de salud. Los materiales que ellos ofrecen puede que todavía sean diferentes, pero por lo menos hay consenso sobre el enfoque preferido y los métodos usados.

La coordinación entre los sectores de salud y educación también ha resultado ser un reto, aunque muchos de los entrevistados notaron que los dos sectores comparten metas de desarrollo de habilidades para la vida, educación en salud, y promoción de la salud. Esto está ayudando a sobrepasar la barrera que antes existía.

[Mercadeo y comunicación]

Para que un programa de habilidades para la vida se afiance y se expanda, los éxitos del programa, las lecciones aprendidas y los materiales deben ser comunicados de alguna manera. Si bien la mayoría de los programas utilizados en este análisis están todavía en la etapa piloto, se determinó que en algunos la implementación exitosa del programa se vendía por sí misma. En Colombia, los maestros que han usado el plan de estudios de habilidades para la vida y los directores de escuela que han experimentado su impacto están haciendo su propio mercadeo; los maestros están entrenando a otros maestros en metodologías participativas e implementando el plan de estudios de habilidades para la vida. Otros maestros han notado que un líder puede promover mejor un programa efectivo de habilidades para la vida.

[Materiales del programa]

Sin los materiales adecuados y apropiados, la probabilidad de extender el enfoque de las habilidades para la vida es muy limitada. De los pocos programas evaluados, los materiales suelen estar en inglés, lo cual puede o no ser relevante para las necesidades de los países en la Región LAC, y son costosos para comprar o reproducir. Los materiales a menudo necesitan ser adaptados a las necesidades locales, pero los practicantes a menudo no saben cómo hacerlo sin minar los aspectos que constituyen el corazón del enfoque. La revisión se hace más difícil cuando los patrones de salud, los temas y la base de investigación están en constante cambio.

Muchos de los entrevistados reportan que desarrollar módulos de currículo para programas de capacitación y trabajar directamente con jóvenes constituyen los aspectos más costosos del desarrollo de programas. En la mayor parte de los programas se efectuaron investigaciones bibliográficas extensas y se consultaron programas de habilidades para la vida existentes, incluyendo ¿Cómo Planear Mi Vida?, Sin Drogas, Más Libres, el Programa de Capacitación de Habilidades para la vida de la Universidad de Cornell, las guías de habilidades para la vida de la OMS, y el programa de planificación de Mexfam, una ONG en México. Aun cuando los programas se decidió usar una planificación de estudios específica, a menudo se presentaron dificultades para adaptarla a su población y escenario.

La reproducción de materiales es un reto continuo. Existe muy poco acuerdo o comprensión sobre preguntas tales como: ¿Quién es el dueño del producto? ¿Quién tiene los derechos de reproducir los productos en gran cantidad y quién provee los recursos para hacerlo? Los siguientes métodos de reproducción citados por los entrevistados tienen ventajas y desventajas:

- ☐ Distribución gratuita de materiales por parte del gobierno u otra agencia. Este método permite que todos reciban los materiales. Sin embargo, alguien hizo notar que cuando el material es gratuito la gente lo percibe como si fuera de menor valor. Idealmente, aun si los materiales fueran gratuitos, deberían ser combinados con capacitación para maximizar su efectividad, y se debería rastrear quién los ordena y los usa para monitorear los esfuerzos.
- ☐ Autorización y permiso gratuitos que permitan a estados individuales, ciudades o distritos escolares imprimir su propio material de una copia maestra. Esta opción reduce el costo centralizado del editor original y alienta la reproducción y el uso. Sin embargo, se pierde el control sobre la calidad y el monitoreo de su uso. Regalar tales derechos también elimina los incentivos del editor original o de la ONG de reproducir y proveer los materiales.
- ☐ Venta de los materiales por un precio módico para cubrir los gastos básicos. Algunas veces, el productor del programa o la ONG que ha creado el material está anuente a reproducir y distribuir el programa. El usuario necesita pagar una suma, pero también se beneficia de la inversión de la ONG en publicidad y promoción, control de calidad, monitoreo del uso, y la revisión y distribución constantes. Puede también proveerse capacitación con los materiales del programa.

- ❑ Sostenibilidad y expansión de una iniciativa de *Habilidades para la vida*

La escasez de recursos constituye una presión constante para la mayoría de los programas, y rara vez se capacita al proveedor del programa. En la investigación se ha demostrado que los programas tienen continuidad cuando los proveedores reciben una capacitación continua, tal como preevaluación, desarrollo de habilidades cara a cara y seguimiento con tutoría y capacitación. La mayoría de los programas de LAC incluidos en este análisis son relativamente nuevos, de tal manera que están apenas empezando a desarrollar mecanismos de seguimiento. Las estructuras para monitoreo constante y seguimiento incluyen:

- ❑ El Salvador está desarrollando comités intersectoriales, formados por representantes de los Ministerios de Salud y Educación y ONGs, los cuales se encargarán de monitorear el progreso del uso del manual sobre salud del adolescente. Venezuela planea desarrollar una red de trabajo, compuesta de personas del Ministerio de Educación en diferentes distritos, quienes se encargarán de los temas de prevención y control del uso del tabaco y monitoreo de la capacitación y planes de estudio.
- ❑ En Nicaragua y Costa Rica, individuos del Ministerio de Salud y la OPS harán el monitoreo de la capacitación y la implementación del programa.
- ❑ En Colombia, personal de la ONG que desarrolló e implementó el programa continuará monitoreando el progreso en las escuelas.

A menudo el financiamiento sólo se consigue para las primeras fases del desarrollo de planes curriculares, la capacitación del facilitador o las pruebas piloto. Como en muchas iniciativas nuevas de educación y salud alrededor del mundo, mantener los recursos para una implementación a largo plazo es un reto. La institucionalización de las iniciativas locales, con liderazgo de una organización local, fue citada como una prioridad. La calidad de la planificación para las muchas fases de implementación del programa a menudo determina si un programa será sostenible a largo plazo.

[Resumen]

Muchas lecciones valiosas se han obtenido de programas existentes en LAC, las cuales pueden guiar las nuevas iniciativas de habilidades para la vida. Esas lecciones clave son:

- ❑ Una defensa sólida requiere una comprensión clara del enfoque de habilidades para la vida y argumentos claros, adaptados a la audiencia y al medio en particular, para alcanzar su eficacia.
- ❑ Tener informes sobre las necesidades locales es un registro crítico para determinar los objetivos del programa.
- ❑ Convencimiento y participación de los proveedores locales del programa, desde el comienzo de la etapa de valoración es clave para la eficacia y sostenibilidad del programa.
- ❑ Los proveedores de programas tienen necesidades de salud que deben ser consideradas en la implementación del programa, y pueden potencialmente ser tratadas por medio de programas de habilidades para la vida.
- ❑ El enfoque de habilidades para la vida puede servir como un marco de trabajo unificador para los muchos programas de salud de adolescentes que están en competencia y se duplican en un escenario en particular.
- ❑ El apoyo y la asistencia técnica para el desarrollo de planes de estudio (ya sea adaptar planes existentes o desarrollar planes de estudio originales) son necesarios en el ámbito Regional y a nivel de país.
- ❑ La planificación de todas las etapas del programa, desde las necesidades de valoración hasta la institucionalización del programa, es clave para su sostenibilidad.

Capítulo V

Una agenda hacia el futuro

El enfoque de habilidades para la vida puede cambiar la forma en que se maneja la promoción de la salud del adolescente en la Región. Al proveer un marco de trabajo unificador, este enfoque puede ayudar a que la Región se aleje de las estrategias costosas e ineficaces basadas en un solo problema. Construir sobre una base conceptual de habilidades da a los productores de programas la flexibilidad para crear programas altamente innovadores y creativos.

Para llenar este potencial se necesita visión y recursos. En colaboración con muchas organizaciones locales, nacionales e internacionales que proveen liderazgo en este campo, el Programa de Salud del Adolescente de la Organización Panamericana de la Salud propone las siguientes estrategias:

- (1) **Apoyar a los países para que realicen investigaciones programáticas y de evaluación** sobre programas de habilidades para la vida efectivos. Algunas preguntas importantes de investigación incluyen:
 - ☐ ¿Cuál es la edad apropiada para desarrollar habilidades para la vida específicas?
 - ☐ ¿En qué se diferencia el desarrollo de habilidades según el género?
 - ☐ ¿En qué debe ser diferente un programa de habilidades para la vida al implementarse en distintos medios (por ejemplo, una clínica de salud, una escuela o un grupo de jóvenes)?
 - ☐ ¿En qué debe ser diferente un programa de habilidades para la vida cuando es implementado por distintos proveedores (por ejemplo, trabajadores sociales, consejeros, voluntarios, personal de salud, maestros, padres o líderes del grupo de pares)?
 - ☐ ¿Cuál es el costo de un paquete básico para un programa de habilidades para la vida?
 - ☐ ¿Cuáles módulos deben incluirse en una capacitación efectiva por parte de un proveedor?
 - ☐ ¿Qué impacto a corto y a largo plazo tiene la adquisición de habilidades en las necesidades de desarrollo de un adolescente, en los factores de protección y riesgo, y en sus conductas? ¿Qué impacto tiene en los proveedores de programas, padres y medio ambiente?
 - ☐ ¿Cuál es la mejor manera de adaptar un enfoque de habilidades para la vida a los programas para padres?
- (2) **Apoyar la colaboración intersectorial e interdisciplinaria** de las habilidades para la vida coordinando los esfuerzos de promoción de la salud en adolescentes en el nivel Regional y nacional
- (3) **Apoyar a los países en las pruebas piloto de varios programas de habilidades para la vida que:**
 - ☐ Tratan sobre las necesidades de desarrollo y habilidades de las niñas
 - ☐ Se aplican en distintos escenarios (centros de salud, centros juveniles, escuelas, grupos de la iglesia)
 - ☐ Se dirigen a distintas poblaciones (adolescentes urbanos/rurales, adolescentes más jóvenes/mayores, poblaciones indígenas)
 - ☐ Están implementados por distintos proveedores de programas
 - ☐ Tratan necesidades diferentes de habilidades y asuntos
- (4) **Apoyar la defensa de un enfoque de habilidades para la vida.** Este documento, junto con otros de la OMS, la UNICEF y otras agencias, ofrece una base conceptual para este enfoque, el cual está basado en el desarrollo humano. Se puede continuar un diálogo por medio de conferencias regionales y reuniones para desarrollar un lenguaje común y un marco de trabajo para la Región.
- (5) **Apoyar el desarrollo de redes de trabajo en modelos de programas sobre habilidades para la vida** en investigaciones, recursos humanos e instituciones en la Región.
- (6) **Mobilizar recursos para una agenda de habilidades para la vida.** La Organización Panamericana de la Salud trabajará con otros socios para canalizar recursos. Además, continuará con esta agenda que podría convertir a los programas de habilidades para la vida en una realidad para el desarrollo saludable de los adolescentes en toda la Región.

Capítulo VI

Adaptación de un marco de trabajo conceptual de habilidades para la vida

Las siguientes son preguntas que pueden ayudarle a diseñar un marco de trabajo para un programa de habilidades para la vida:

Visión

1a) ¿Qué cambio quiere lograr en el futuro en el desarrollo saludable de niños y adolescentes? ¿Cómo? ¿Por qué?

1b) ¿Cómo se relaciona su visión con los esfuerzos de mayor envergadura en el nivel nacional o local en los sectores de educación, salud y juventud?

2) ¿Cuales son los **temas principales** para el desarrollo sano de los niños y adolescentes que son importantes en su comunidad o país?

3) ¿Cuáles son exactamente las **creencias centrales** acerca de las capacidades de:

Niños
(edades 4-10)

Adolescentes
(edades 11-19)

4) ¿Qué **teoría o teorías** se adaptan mejor a su visión de un cambio, a los temas que deben tratarse y a las creencias centrales acerca de las capacidades de los niños y jóvenes? ¿Está usted tratando de cambiar conductas individuales, promover la resiliencia, prevenir conductas específicas, o cambiar normas sociales en el aula o la comunidad?

5) ¿Qué habilidades, qué grupo de edad y qué contenido tocará su programa?

Grupo de edad al que se dirige _____

Habilidades	Contenido
Habilidades sociales	
Habilidades cognitivas	
Habilidades para enfrentar emociones	

6) **Explique su programa:** ¿Cuál es la explicación más simple de su iniciativa de habilidades para la vida? ¿Por qué piensa que es importante desarrollar estas habilidades en la adolescencia? ¿Incluye el objetivo del programa de habilidades para la vida los temas de importancia para la comunidad?

Capítulo VII

Descripción de iniciativas de habilidades para la vida en las Américas

Las siguientes descripciones de programas le darán una idea de las iniciativas en habilidades para la vida que han sido y están siendo desarrolladas en la Región de LAC.

[Venezuela]

Una ONG en Venezuela, Prevención Alternativas, ha estado trabajando en el tema de prevención y control del uso de tabaco y subsecuentemente ha incluido el alcohol y otras drogas. El programa comenzó a partir del Programa de Prevención y Control del Uso de Tabaco de la OPS y el interés que mostraron los ministerios de Salud y de Educación en Venezuela para tocar el tema del abuso de drogas por parte de los jóvenes en las escuelas.

El programa consiste en dos componentes interrelacionados: el diseño de un programa de estudios para la prevención con el objetivo de usarlo con adolescentes en el aula, y el desarrollo y pruebas de un manual de maestros sobre la prevención del abuso de drogas.

La coordinación del programa la ejerce la Organización Panamericana de la Salud, la Comisión Antitabaco del gobierno (trabajando con los ministerios de Salud y de Educación) y dos ONG, Acardio y Prevención Alternativas. Actualmente Prevención Alternativas está desarrollando una prueba piloto del manual de capacitación de maestros en 4 estados y en la ciudad capital, trabajando con dos escuelas en cada estado.

El manual de capacitación de maestros está basado en la experiencia que se obtuvo a partir del programa de capacitación de habilidades para la vida de Gil Botvin, los planes existentes usados en América Latina, incluyendo Sin Drogas, Más Libres, y el trabajo que gira alrededor de proyectos de desarrollo de la vida adolescente.

El plan de estudios para capacitar a maestros incluye los siguientes componentes:

- ☐ Percepción de los maestros acerca del uso de alcohol, tabaco y otras drogas
- ☐ Marco de trabajo teórico de la prevención del uso de alcohol, tabaco y otras drogas
- ☐ Papel que los maestros pueden jugar en la prevención del uso de sustancias
- ☐ Marco de trabajo del desarrollo de la adolescencia
- ☐ Desarrollo de habilidades para la vida
 - Autoestima
 - Comunicación
 - Solución de conflictos
 - Toma de decisiones
 - Control del estrés y la ansiedad
 - Pensamiento crítico, especialmente la comprensión de los mensajes de los medios de comunicación
 - Resistencia a la presión de los pares

La capacitación del maestro toma aproximadamente una semana y se enfoca en entrenar a los consejeros escolares. Una red de apoyo de coordinadores educativos que trabajan en cada distrito dará seguimiento a la capacitación de maestros.

[Colombia]

El Ministerio de Salud en Colombia determinó a través de un estudio realizado en 1993 que la violencia, específicamente el homicidio, era la causa principal de muerte en el país, y que los jóvenes eran los principales afectados. Por este estudio, Fe y Alegría, una ONG nacional, recibió la tarea de desarrollar y hacer una prueba piloto de un plan de desarrollo de habilidades para la vida en las escuelas. Esta prueba piloto estaba dirigida a jóvenes marginales. Tres módulos de planificación fueron desarrollados:

1. Expresión y control de sentimientos
2. Positivismo
3. Control de conflictos

Los temas específicos de salud que están entretejidos en los planes son la violencia y el uso del alcohol y el tabaco. Las metas generales del programa tienen un doble propósito:

1. Llevar a las escuelas hacia el enfoque no sólo de los aspectos cognitivos del desarrollo de los jóvenes, sino también a la formación integral que incluye las necesidades emocionales y sociales.
2. Enfocar el problema de la violencia por medio del aprendizaje de habilidades interpersonales.

La capacitación de los maestros se hizo en forma continua, aproximadamente dos veces al mes: la primera reunión del mes se realizó para conocer las herramientas de la metodología participativa y la teoría de la psicología del adolescente, y la segunda reunión se llevó a cabo para evaluar y reforzar el trabajo en clase. Los planes de estudio en clase se implementaron en dos sesiones semanales de una hora cada una. La prueba piloto de la capacitación de maestros y la implementación en clase se realizaron recientemente. Los maestros entrenados han empezado a entrenar a otros maestros, y el seguimiento lo realizan miembros del personal de Fe y Alegría. Los planes de habilidades para la vida se han ampliado para incluir el pensamiento crítico y la toma de decisiones, y en el futuro posiblemente incluirán la comunicación efectiva y la empatía para desarrollar la solidaridad comunitaria.

[El Salvador]

Dos estudios fueron la clave para agilizar el trabajo de desarrollo de habilidades para la vida en el país. El primero fue un estudio epidemiológico sobre la situación del adolescente y la salud de los jóvenes, el cual identificó una alta incidencia de embarazo juvenil, de violencia entre los jóvenes, y la penetración de pandillas juveniles. En 1997, Ministerio de Salud, UNICEF, y la Agencia de Cooperación Técnica Alemana (GTZ) encargaron un estudio cualitativo acerca de la adolescencia y la salud sexual y reproductiva, el cual dio lugar a la formación de un equipo técnico a escala nacional para tratar los temas de salud del adolescente. La estrategia nacional para salud sexual y reproductiva incluye el desarrollo de habilidades para la vida en la adolescencia por medio de los servicios de salud. Los planes para la capacitación del personal de salud fueron diseñados por un equipo interdisciplinario de maestros, diseñadores de planes y psicólogos. La primera unidad del plan trata acerca de las habilidades para la vida, y es una adaptación de un plan desarrollado en Costa Rica por la Organización Panamericana de la Salud.

Por ahora, apenas se está empezando a desarrollar la capacitación, y probablemente consistirá de dos días de entrenamiento y tres o cuatro fines de semana trabajando directamente con los jóvenes en el desarrollo de habilidades para la vida. Las técnicas que se utilizarán en la capacitación son actuación, dibujos, dramatización y debate en grupo.

La capacitación del personal de salud se iniciará en 25 municipalidades que conforman las zonas de intervención. Estas son las áreas del país en las que la GTZ y otras instituciones ya tienen experiencia. El Ministerio de Salud está identificando al personal de salud que está asignado para trabajar en el área de salud del adolescente como parte de equipos de salud interdisciplinarios.

Se espera que el seguimiento de los entrenamientos y el monitoreo del progreso sea llevado a cabo por comités interdisciplinarios en cada distrito, conformados por personal local de educación y salud y personal de las ONG.

[Costa Rica y Nicaragua]

Costa Rica y Nicaragua están involucrados en el proceso de entrenar personal de salud sobre cómo trabajar con los adolescentes en la comunidad. El trabajo en Costa Rica tiene varios antecedentes, incluyendo programas del Ministerio de Salud para formar promotores de salud entre los jóvenes alrededor de los temas de SIDA y el trabajo del Movimiento Nacional de Juventudes con grupos juveniles. La Primera Dama de Costa Rica se ha interesado en el área de salud del adolescente y ha estado agilizando la agenda. En Nicaragua, el Ministro de Salud ha estado explorando metodologías sobre cómo trabajar con grupos de adolescentes en la comunidad. Los Brigadistas, una organización nacional a escala comunitaria, ha estado promoviendo esta agenda en Nicaragua.

El plan de estudios piloto en Costa Rica y Nicaragua fue desarrollado con un enfoque en el contexto cognitivo, afectivo y cultural en el que viven los adolescentes, e incluye aprender las habilidades para la vida dentro de ese contexto como parte del plan de estudios. Los módulos del plan incluyen:

- ☐ Identidad
- ☐ Salud sexual y reproductiva
- ☐ Prevención de la violencia
- ☐ Autoestima
- ☐ Presión de los pares
- ☐ Solidaridad
- ☐ Derechos cívicos
- ☐ Derechos de los adolescentes
- ☐ Ciudadanía

La capacitación de personal de salud, que incorporó el uso de métodos participativos, incluyendo los juegos de *rol*, dramatizaciones, juegos grupales y debates abiertos, duró cinco días. Tres días se utilizaron para entrenar al personal de salud en el contenido y teoría sobre la adolescencia y en el proceso de grupo. En los dos últimos días los jóvenes de la comunidad participaron en los entrenamientos, para dar al personal de salud la oportunidad de trabajar en forma práctica con los adolescentes. Los entrenamientos tenían como meta facilitar al personal de salud el desarrollo y trabajo con grupos de adolescentes en su comunidad.

La capacitación en Nicaragua se completó recientemente, y los líderes del Ministerio de Salud están encargados de conducir el seguimiento y monitoreo del trabajo del personal de salud con los jóvenes. En Costa Rica, el Ministerio de Salud, a través de su programa nacional de salud del adolescente, se encargará de monitorear el desarrollo de los grupos de adolescentes.

[Países miembros de la Comunidad Caribeña (CARICOM)²]

Los países miembros de CARICOM tienen un largo historial en el área de las habilidades para la vida que se remonta, por lo menos, hasta 1981. La Educación en Salud y Vida Familiar (HFLE, por sus siglas en inglés), término que CARICOM usa para las habilidades para la vida, tiene como meta desarrollar en los jóvenes habilidades tales como toma de decisiones, pensamiento creativo, pensamiento crítico y la habilidad para identificarse en áreas relacionadas a la salud física, emocional y social del joven.

En 1981, la OPS y la Universidad de las Antillas (UWI, por sus siglas en inglés), en el Campus de Cave Hill, Barbados, formaron una asociación con el propósito de fortalecer el programa de salud en las Escuelas de Docencia del Caribe Oriental. En 1982, 1983 y 1984 llevaron a cabo talleres de trabajo para desarrollar un prototipo de programa de estudios HFLE para los programas de capacitación de maestros y un plan para presentarlo en las Escuelas de Docencia. Durante estos talleres los participantes también desarrollaron un plan para producir módulos HFLE, estrategias para implementarlos y evaluarlos y módulos para ofrecer capacitación a los entrenadores de los maestros. De 1985 a 1991, esta iniciativa perdió la mayor parte de su ímpetu.

En 1991, en parte como respuesta a un conjunto de directrices de CARICOM sobre HFLE, se formó un grupo de agencias convocado por la OPS y que incluyó a la UNESCO, UNFPA, el Proyecto Carnegie y la Facultad de Educación de UWI, Campus de Cave Hill. Su propósito principal era desarrollar una pauta para un currículo básico, lo cual lograron al producir la "Guía básica para fortalecer la educación en salud y vida familiar en las escuelas de capacitación docente en el Caribe Oriental en 1995." Muchas escuelas de docencia en la región utilizan esta guía básica como marco de trabajo para su programa HFLE, dedicando de 40 a 60 horas de enseñanza a HFLE como un curso opcional.

En forma paralela a este esfuerzo, la Unidad de Manejo de la Fertilidad (FMU, por sus siglas en inglés) del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de las Antillas, campus de Mona, en Jamaica, contribuyó con información importante al HFLE. Por medio del liderazgo del Dr. Phyllis McPherson-Russell, la FMU había estado ofreciendo programas de capacitación para entrenadores dirigidos a profesionales de educación en salud en el Caribe Oriental. En octubre de 1993, la FMU organizó una conferencia regional en St. Kitts con representantes de los Ministerios de Educación, de las Escuelas de Docencia, de la OPS y de la Facultad de Educación, para hablar sobre: 1) creación y manejo de un cambio en HFLE y 2) necesidad de entrenar maestros en HFLE en la región. Ya para 1995, la FMU había entrenado a unas 300 personas.

²Antigua y Barbuda, la Comunidad de Bahamas, Barbados, Belice, la Comunidad de Dominica, Grenada, la República Cooperativa de Guyana, Jamaica, Montserrat, St. Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Grenadinas, la República de Surinam y la República de Trinidad y Tobago.

Por medio de las resoluciones del Comité Permanente de los Ministros de Educación de CARICOM en 1986, 1988, 1992 y 1994, también se logró apoyo para la implementación y promoción de HFLE. La política regional educativa desarrollada por medio de CARICOM y adoptada por los Ministros de Educación en 1993 también pedía el desarrollo de habilidades para la vida. Sin embargo, el impacto real de estas resoluciones en el desarrollo e implementación de HFLE en los países miembros es difícil de verificar.

En 1994 se asumió un compromiso mayor con HFLE cuando el Comité Permanente de Ministros de Educación de CARICOM adoptó una resolución, apoyando el desarrollo de un enfoque general hacia HFLE por CARICOM y la Universidad de las Antillas. Para reducir la superposición de los programas implementados y la repetición de los programas de estudio, se solicitó el apoyo de las agencias de Naciones Unidas que trabajaban en la región. El compromiso dio origen al Proyecto de Agencias Múltiples en Educación de Salud y Vida Familiar de CARICOM. Las agencias participantes incluyen: la Secretaría de CARICOM, el Centro Caribeño para el Desarrollo del Niño, las Escuelas de Educación de UWI, la FMU, OPS/OMS, UNESCO, UNDCP, UNFPA, UNDP, UNIFEM y UNICEF. Se decidió entonces que la coordinación general sería responsabilidad de la UNICEF.

En 1995 se presentó un amplio informe, "Estrategia para fortalecer HFLE en los países miembros de CARICOM", que presentaba con gran detalle el progreso de la región, los factores que representaban obstáculos y los objetivos específicos para actividades futuras. El informe describía el desarrollo histórico de los 20 años de programas HFLE, con la mayoría de estos (93%) en el ámbito primario, y un énfasis en el contenido o información por encima de las habilidades y métodos participativos. Este informe reconoce que sin evaluación no se conoce hasta dónde llega la implementación, y que hay una variación significativa de país a país. Para 1995, decía el informe, solamente Jamaica había desarrollado una política nacional HFLE específica, estableciendo el marco de trabajo para una acción efectiva por parte de todas las agencias nacionales y externas. En los otros países se habían hecho declaraciones dentro de las políticas educativas generales, para expresar el compromiso del gobierno hacia HFLE. Este mismo informe identificaba muchos factores que podrían determinar la efectividad y sostenimiento de los programas HFLE. Por ejemplo, se expresó la necesidad de colocar a HFLE en un lugar preponderante de la agenda de los políticos, y de responsabilizarlos para asegurar la implementación de acuerdos nacionales e internacionales. Otro factor era asegurar la coordinación tanto en las agencias donantes y entre ellas como entre los programas regionales y nacionales. Se determinó que cuando los marcos de trabajo y los planes no están coordinados dan como resultado programas aislados y verticales. El liderazgo débil es otro factor que dificulta el avance de HFLE. A escala regional, la dirección era inconsistente. A escala nacional, a menudo sólo un individuo en el Ministerio de Educación estaba a cargo de la gigantesca tarea de fortalecer los programas HFLE en todas las escuelas del país. Otro factor era el medio ambiente escolar. Este informe acepta que HFLE depende de la visión más amplia que tenga la promoción de la salud y de la participación de la escuela como promotora de la salud, como enlace con los servicios de salud, y como un ambiente escolar psicosocial y físico sano. Al igual que se ha dicho sobre América Latina, el Caribe también necesita materiales de calidad, métodos participativos y una estructura fortalecida para la capacitación de los maestros.

En el período que va de 1995 hasta el presente los países, en forma individual, hicieron grandes esfuerzos para desarrollar currículos y entrenar maestros. Por ejemplo, Grenada desarrolló su propio Currículo de Educación en Salud y Vida Familiar en 1996, al igual que lo hicieron San Vicente y las Grenadinas en 1997. Santa Lucía también hizo grandes avances en la creación y uso de un programa HFLE.

El impulso a escala regional disminuyó apenas hace poco tiempo. Desde el 26 de marzo hasta el 5 de abril de 2001, UNICEF, la OPS y la Universidad de las Antillas reunieron a 30 educadores o tutores de Escuelas de Docencia en los países del CARICOM (muchos de los cuales habían estado involucrados en HFLE por largo tiempo). El propósito era: 1) fortalecer las destrezas de los tutores en HFLE, especialmente en el uso de métodos de enseñanza interactivos en todas las áreas de contenido, y 2) desarrollar planes de acción para apoyar a HFLE en sus instituciones. Posiblemente en este momento haya un impulso mayor para llevar adelante muchos elementos del plan de estrategia establecido en octubre de 1995.

Definiciones

Autoeficiencia: El sentido de confianza de que uno puede desenvolverse de la forma esperada en una situación específica.

Autoestima: La dimensión evaluadora de uno mismo que incluye los sentimientos de valor, orgullo y desaliento.

Autonomía: La habilidad de comportarse en forma independiente, de hacer cosas por uno mismo.

Autorregulación: Establecimiento de metas, evaluación del desempeño propio y ajuste de la conducta de uno mismo en forma flexible, para lograr estas metas en el contexto de una retroalimentación permanente.

Centro de control: Expectativas generalizadas que la gente tiene acerca de si una conducta obtendrá o no los resultados esperados.

Cognición: El proceso de organizar y dar sentido a una experiencia. Interpretar una aseveración, resolver un problema, sintetizar información, analizar en forma crítica una tarea compleja. Todas estas son cognitivas.

Empatía: La capacidad de compartir una respuesta emocional con otro; la habilidad para separar la perspectiva y el papel que juegan los demás

Modelado: El proceso de aprendizaje a través de la observación de patrones de conducta desplegados por modelos.

Modelos: Individuos cuyos patrones de conducta son a menudo observados, tenidos en alta estima y utilizados como guía de los pensamientos, sentimientos y acciones de otros.

Toma de perspectiva: La habilidad de ver el punto de vista de los demás y predecir los pensamientos y sentimientos de los demás en forma precisa.

Referencias

- Alan Guttmacher Institute (1998). Into a New World, Young Women's Reproductive and Sexual Lives.
- Allegrante, J. (1998). School-Site Health Promotion for Staff. In Health is Academic: A Guide to Coordinated School Health Programs. Editan: Marx, E. y Frelick Wolley, S. Nueva York: Teachers College Press.
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (1998). Facing Up to Inequality in Latin America. Washington, DC.
- Banco Mundial (1999). Educational Change in Latin America and the Caribbean. Social and Human Development. Washington, DC.
- Bandura, A. (1977a). "Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavior Change." *Psychological Review*. 84 191-215.
- Bandura, A. (1977b). Social Learning Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Basen-Engquist K., y cols. (1994). "The Effect of Two Types of Teacher Training on Implementation of Smart Choices: A Tobacco Prevention Curriculum." *Journal of School Health*. Octubre. 64(8): 334-339.
- Bernard, B. (1995). "Fostering Resilience in Children." *ERIC/EECE Digest*, EDO-PS-99.
- Bernard, B. (1991). Fostering Resilience in Kids: Protective Factors in the Family, School and Community. Portland, Oregon, Western Center Drug-Free Schools and Communities.
- Beyth-Marom, R.; Fischhoff, B.; Jacobs, M.; y Furby, L. (1989). Teaching Decision-Making to Adolescents: A Critical Review. Carnegie Corporation of New York.
- Bierman, K. y Montminy, K. (1993). "Developmental Issues in Social-skills Assessment and Intervention with Children and Adolescents." *Behavioral Modification*. 17:5 (July) 229-254.
- Blaber, C. (1999). Presentación de "Módulos de enseñanza de salud en adolescentes: Lecciones aprendidas y retos". Reunión de expertos en habilidades para la vida, OPS.
- Black, D.; Tobler, N.; y Sciacca, J. (1998). "Peer Helping/Involvement: An Efficacious Way to Meet the Challenge of Reducing Alcohol, Tobacco, and Other Drug Use Among Youth?" *Journal of School Health*. March. 68(3): 87-93.
- Bosworth, K. y Sailes, J. (1993). "Content and Teaching Strategies in 10 Selected Drug Abuse Prevention Curricula." *Journal of School Health*. 63(6): 247-446
- Botvin, G.; Botvin, E.; y Ruchlin, H. (1998). "School-based Approaches to Drug Abuse Prevention: Evidence for Effectiveness and Suggestions for Determining Cost-effectiveness." En Bukoski, W. y Evans, R. (1998). Cost-Benefit/Cost-Effectiveness Research of Drug Abuse Prevention: Implications for Programming and Policy. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse
- Botvin, G. (sin fecha). Preventing Drug Abuse Through Schools: Intervention Programs that Work. Institute for Prevention Research. Cornell University Medical College.
- Botvin, G. (1996). Life Skills Training: Teacher's Manual for Middle/Junior High School. Princeton, NJ: Teacher's Health Press.
- Botvin, G.; Baker, E.; Dusenbury, L.; Botvin, E.; y Diaz, T. (1995). "Long-term Follow-up Results of a Randomized Drug Abuse Prevention Trial in a White Middle-class Population." *JAMA* (12 de abril). 273, (14) 1106-1112.
- Botvin, G.J.; Schinke, S.P.; Epstein, J.A.; y Diaz, T. (1995). "The Effectiveness of Culturally Focused and Generic Skills Training Approaches to Alcohol and Drug Abuse Prevention Among Minority Youth: Two-Year Follow-up Results." *Psychology of Addictive Behaviors*. 9, 183-194.

- Botvin, G.; Epstein, J.; Schinke, S.; y Diaz, T. (1994). "Predictors of Cigarette Smoking Among Inner-city Minority Youth." *Developmental and Behavioral Pediatrics*. (Abril) 15(2) 67-73.
- Botvin, G.J. (1994). *Smoking Prevention among New York Hispanic Youth: Results of a Four-Year Evaluation Study*. Informe final al National Cancer Institute (NIH). Cornell University Medical College.
- Botvin, G.J.; Schinke, S.P.; Epstein, J.A.; y Diaz, T. (1994). "The Effectiveness of Culturally Focused and Generic Skills Training Approaches to Alcohol and Drug Abuse Prevention Among Minority Youth." *Psychology of Addictive Behaviors*. 8, 116-127.
- Botvin, G.T. y Cardwell, J. (1992). *Primary Prevention (smoking) of Cancer in Black Populations*. Beca número N01-CN-6508. Informe final al National Cancer Institute. (NIH) Cornell University Medical College.
- Botvin, G.J.; Dusenbury, L.; Baker, E.; James-Ortiz, S.; Botvin, E.M.; y Kerner, J. (1992). "Smoking Prevention Among Urban Minority Youth: Assessing Effects on Outcome and Mediating Variables." *Health Psychology*. 11, (5), 290, 299.
- Botvin, G.J.; Baker, E.; Dusenbury, L.; y Botvin, E.M. (1990). "Preventing Adolescent Drug Abuse through a Multimodal Cognitive-Behavioral Approach: Results of a Three-Year Study." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 58 (4), 437-446.
- Botvin, G.J.; Baker E.; Filazzola, A.; y Botvin, E.M. (1990). "A Cognitive-Behavioral Approach to Substance Abuse Prevention: A One-year Follow-up." *Addictive Behaviors*. 15, 47-63.
- Botvin, G.J.; Batson, H.; Witts-Vitale, S.; Bess, V.; Baker, E.; y Dusenbury, L. (1989). "A Psychological Approach to Smoking Prevention for Urban Black Youth." *Public Health Reports*. 104, 573-582.
- Botvin, G.J.; Dusenbury, L.; Baker, E.; James-Ortiz, S.; y Kerner, J. (1989). "A Skills Training Approach to Smoking Prevention Among Hispanic Youth." *Journal of Behavioral Medicine*. 12, 279-296.
- Botvin, G.J. (1986). "Substance Abuse Prevention Research Recent Developments and Future Directions." *Journal of School Health*. Noviembre. 56(9). 369-373.
- Botvin, G.J.; Baker, E.; Botvin, E.M.; Filazzola, A.D.; y Millman, R.B. (1984). "Alcohol Abuse Prevention through the Development of Personal and Social Competence: A Pilot Study." *Journal of Studies on Alcohol*. 45, 550-552.
- Botvin, G.J.; E. Renick, N.; Filazzola, A.D.; y Botvin, E.M. (1984). "A Cognitive-Behavioral Approach to Substance Abuse Prevention." *Addictive Behaviors*. 9, 137-147.
- Botvin, G.J.; Renick, N.; y Baker, E. (1983). "The Effects of Scheduling Format and Booster Sessions on a Broad-Spectrum Psychological Approach to Smoking Prevention." *Journal of Behavioral Medicine*. 6 (4), 359-379.
- Botvin, G.J. y Eng, A. (1982). "The Efficacy of a Multicomponent Approach to the Prevention of Cigarette Smoking." *Preventative Medicine*. 11, 199-211.
- Botvin, G.J.; Eng, A.; y Williams, C.L. (1980). "Preventing the Onset of Cigarette Smoking through Life Skills Training." *Preventative Medicine*. 9, 135-143.
- Burt, M. (1998). ¿Por qué debemos invertir en el adolescente? Organización Panamericana de la Salud (OPS). Washington, DC.
- Byeth-Marom, R.; Fischhoff, B.; Jacobs, M.; y Furby, L. (1989). *Teaching Decision-Making to Adolescents: A Critical Review*. Working Paper. Carnegie Council on Adolescent Development.
- Caplan, M.; Weissberg, R.; Grober, J.; Sivo, P.; Grady, K.; y Jacoby, C. (1992). "Social Competence Promotion with Inner City and Suburban Young Adolescents: Effects on Social Adjustment and Alcohol Use." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 60(1): 56-63.
- Caplan, M.; Bennetto, L.; y Weissberg, R. (1991). "The Role of Interpersonal Context in the Assessment of Social Problem-Solving Skills." *Journal of Applied and Developmental Psychology*. 12 103-114.

Carnegie Council on Adolescent Development (1995). Great Transitions: Preparing Adolescents for a New Century. Carnegie Corporation of New York. Nueva York.

Catalano, R.F. y Hawkins, J.D. (1995). Risk Focused Prevention: Using the Social Development Strategy. Seattle, WA. Developmental Research and Programs, Inc.

CEPAL (1997). Panorama Social de América Latina. Naciones Unidas.

Coie, J. (1985). "Fitting Social Skills Intervention to the Target Group." En Schneider, B.; Rubin, K.; y Ledingham, J. (Eds.). Children's Peer Relations: Issues in Assessment and Interventions. Nueva York: Springer-Verlag.

Coie, J. y Koepl, G. (1990). "Adapting interventions to the problem of aggressive and disruptive rejected children." En Asher, S. y Coie, J. (Eds.). Peer Rejection in Childhood. Nueva York: Cambridge University Press.

Coie, J.D.; Watt, N.F.; West, S.G.; Hawkins, J.D.; Asarnow, J.R.; Markman, H.J.; Ramey, S.L.; Shure, M.B.; y Long, B. (1993). "The Science of Prevention: A Conceptual Framework and Some Directions for a National Research Program." *American Psychologist*. 48, 1013-1022.

Crawford, D. y Bodine, R. (1997). Conflict Resolution Education: A Guide to Implementing Programs in Schools, Youth-Serving Organizations, and Community and Juvenile Justice Settings. U.S. Department of Justice and U.S. Department of Education.

Csikszentmihalyi, M. y Schneider, B. (2000). Becoming Adult: How Teenagers Prepare for the World of Work. Nueva York: Basic Books.

Daniel, H. (Ed.) (1996). An Introduction to Vygotsky. Routledge. Nueva York.

Deffenbacher, J.; Lynch, R.; Oetting, E.; y Kemper, C. (1996). "Anger Reduction in Early Adolescence." *Journal of Counseling Psychology*. 41(2) 149-157.

Deffenbacher, J.; Oetting, E.; Huff, M.; y Thwaites, G. (1995). "Fifteen-month Follow-up of Social Skills and Cognitive-Relaxation Approaches to General Anger Reduction." *Journal of Counseling Psychology*. 42(3) 400-405.

Delpit, L. (1996). "Skills and Other Dilemmas of a Progressive Black Educator." *American Educator*. Otoño, 20(3) 9-48.

Delpit, L. (1988). "The Silenced Dialogue: Power and Pedagogy in Educating Other People's Children." *Harvard Educational Review*. Agosto, 58(3) 280-314.

Dodge, K.; Pettit, G.; McClaskey, C.; y Brown, M. (1986). "Social Competence in Children." *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 51.

Donaldson, S.; Graham, W.; y Hanson, W. (1994). "Testing the Generalizability of Intervening Mechanisms Theories: Understanding the Effects of Adolescent Drug Use Prevention Interventions." *Behavioral Medicine*. 17(2):195-216.

Doolittle, D. y Camp, W. (1999). "Constructivism: The Career and Technical Education Perspective." *Journal of Vocational and Technical Education*. Otoño 1999: 16 (1).

Dusenbury, L.; Falco, M.; Lake, A.; Brannigan, R.; y Bosworth, K. (1997a). "Nine Critical Elements of Promising Violence Prevention Programs." *Journal of School Health*. Octubre. 67(10): 409-414.

Dusenbury L.; Falco M.; y Lake, A. (1997b). "A Review of the Evaluation of 47 Drug Abuse Prevention Curricula Available Nationally." *Journal of School Health*. Abril. 67 (4): 127-132.

Dusenbury, L. y Falco, M. (1995). "Eleven Components of Effective Drug Abuse Prevention Curricula." *Journal of School Health*. Diciembre. 65(10): 420-425.

Eccles, J. (1999). "The Development of Children Ages 6 to 14." *The Future of Children*. Otoño. 9(2). 30-44.

- Elias, M.; Gara, M.; Schulyer, T.; Brandon-Muller, L.; y Sayette, M. (1991). "The Promotion of Social Competence." *American Journal of Orthopsychiatry*. Julio. 6(13). 409-417.
- Elias, M. y Kress, J. (1994). "Social Decision-Making and Life Skills Development: A Critical Thinking Approach to Health Promotion in Middle School." *Journal of School Health*. 64(2): Febrero. 62-66.
- Elias, M. y Branden, L. (1988). "Primary Prevention of Behavioral and Emotional problems in School-Aged Populations." *School Psychology Review*. 17(4) 581-592.
- Elliott, S. y Gresham, F. (1993). "Social Skills Interventions for Children." *Behavior Modification*. 17:3, Julio. 287-313.
- Englander-Goldern, P.; Jackson, J.; Crane, K.; Schwarkopf, A.; y Lyle, P. (1989). "Communication Skills and Self-Esteem in Prevention of Destructive Behaviors." *Adolescence*. 14 481-501.
- Ennet, S.; Tobler, N.; Ringwalt, C.; y Flewelling, R. (1994). "How Effective is Drug Abuse Resistance Education? A Meta-Analysis of Project DARE Outcome Evaluations." *American Journal of Public Health*. Septiembre. 84(9): 1394-1401.
- Evans, R. (1998). "A Historical Perspective on Effective Prevention." En Bukoski, W. y Evans, R. (1998). Cost-Benefit/Cost-Effectiveness Research of Drug Abuse Prevention: Implications for Programming and Policy. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Evans, R., y cols. (1978). "Deterring the Onset of Smoking in Children: Knowledge of Immediate Physiological Effects and Coping With Peer Pressure, Media Pressure and Parent Modeling." *Journal of Applied Social Psychology*. 8.
- Evans, R.I. (1976). "Smoking in Children: Developing a Social Psychological Strategy of Deterrence." *Preventive Medicine*. 5.
- Feindler, E.; Ecton, R.; Kingsley, D.; y Dubey, D. (1986). "Group Anger-control Training for Institutional Psychiatric Male Adolescents." *Behavior Therapy*. 17 109-123.
- Feshbach, N.D. (1982). "Studies of Empathic Behavior in Children." En: Eisenberg, N. (ed.), The Development of Prosocial Behavior (pp. 315-338). Nueva York: Academic Press.
- Freire, P. (1970). Pedagogy of the Oppressed. Nueva York: Continuum.
- Freire, P. (1994). Pedagogy of Hope. Nueva York.
- Gardner, H. (1993). Frames of Mind: The Theory of Multiple Intelligences. Basic Books.
- Gilligan, C. (1993). In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development. Harvard University Press.
- Gilligan, C. (1988). Mapping the Moral Domain: A Contribution of Women's Thinking to Psychological Theory and Education. Cambridge, MA. Harvard University Press.
- Gingiss, P. (1992). "Enhancing Program Implementation and Maintenance Through a Multiphase Approach to Peer-based Staff Development." *Journal of School Health*. 62(5): 161-176.
- Goleman, D. (1997). Emotional Intelligence: Why it can Matter More Than IQ. Bantam Books.
- Gordon, C. (1996). "Adolescent Decision Making: A Broadly Based Theory and Its Application to the Prevention of Early Pregnancy." *Adolescence*. Otoño. 31(123). 561-584.
- Greenberg, M.; Domitrovich, C.; y Bumbarger, B. (1999). Preventing Mental Disorders in School-Age Children: A Review of the Effectiveness of Prevention Programs. Prevention Research Center for the Promotion of Human Development. College of Health and Human Development. Pennsylvania State University.
- Gresham, F. (1981). "Social Skills Training With Handicapped children: A Review." *Review of Educational Research*. 51 139-176.

- Gresham, F. (1985). "Utility of Cognitive-Behavioral Procedures for Social Skills Training With Children: A Review." *Journal of Abnormal Child Psychology*. 13 411-423.
- Gresham, F. y Elliot, S. (1990). Social Skills Rating System. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Gresham, F. y Elliott, S. (1989). "Social Skills Deficits are a Primary Learning Disability." *Journal of Learning Disabilities*. 22 120-124.
- Gresham, F. y Reschly, D.J. (1987). "Sociometric Differences Between Mildly Handicapped and Nonhandicapped Black and White Students." *Journal of Educational Psychology*. 79 195-197.
- Guevremont, D.; DuPaul, G. y Barkley, R. (1990). "Diagnosis and Assessment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Children." *Journal of School Psychology*. 28, 51-78.
- Haber, D. y Blaber, C. (1995). "Health Education: A Foundation for Learning." En: Content of the Curriculum, págs. 99-127.
- Hansen, W. (sin fecha). Prevention Programs: What are the Critical Factors that Spell Success. Tanglewood Research Center, Inc. Clemmons, North Carolina.
- Hansen, W.; Nangle, D.; y Kathryn, M. (1998). "Enhancing the Effectiveness of Social Skills Interventions with Adolescents." *Education and Treatment of Children*. Noviembre. 21(4). 489-513.
- Hansen, W. y McNeal, R. (1997). "How D.A.R.E. Works: An Examination of Program Effects on Mediating Variables." Health Education and Behavior. Abril. 24(2): 165-176.
- Hansen, W. y McNeal, R. (1996). "The Law of Maximum Expected Potential Effect: Constraints Placed on Program Effectiveness by Mediator Relationships." *Health Education Research*. 11(4): 501-507.
- Hansen, W. (1992). "School-based Substance Abuse Prevention: A Review of the State of the Art in Curriculum, 1980-1990." *Health Education Research*. 7(3): 403-430.
- Hansen, W. y Graham, J. (1991). "Preventing Alcohol, Marijuana, and Cigarette Use among Adolescents: Peer Pressure Resistance Training versus Establishing Conservative Norms." *Preventive Medicine*. 20: 414-430.
- Hansen, W.; Graham, J.; Wolkenstein, B.; Lundy, B.; Pearson, J.; Flay, B.; y Johnson, C. (1988). "Differential Impact of Three Alcohol Prevention Curricula on Hypothetical Mediating Variables." *Journal of Drug Education*. 18(2): 143-153.
- Hansen, W.; Johnson, C.; Flay, B.; Graham, J.; y Sobel, J. (1988). "Affective and Social Influence Approaches to the Prevention of Multiple Substance Abuse among Seventh Grade Students: Results From Project SMART." *Preventive Medicine*. (17) 135-188.
- Harter, S. (1985). *Manual for the Self-perception Profile of Children*. Unpublished manuscript, University of Denver.
- Hawkins, D.; Catalano, R.; Kosterman, R.; Abbott, R.; y Hill, K. (1999). "Preventing Adolescent Health-Risk Behaviors by Strengthening Protection during Childhood." *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. Marzo. 153 (3).
- Hawkins, J. y Weis, J. (1985). "The Social Development Model: An Integrated Approach to Delinquency Prevention." *Journal of Primary Prevention*. (6) 73-97.
- Hawkins, J.; Catalano, R.; Morrison, D.; O'Donnell, J.; Abbott, R.; y Day, L. (1992). "The Seattle Social Development Project." In: The Prevention of Antisocial Behavior in Children, editado por McCord, J. y Tremblay, R. Nueva York: Guilford Publications. págs. 139-161.
- Hawkins, J.; Catalano, R.; y Miller, J. (1992). "Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention." *Psychological Bulletin*. Julio. 112(1): 64-105.
- Herrenkohl, T.I. y cols. (2000). "Developmental Risk Factors for Youth Violence." *Journal of Adolescent Health*. Marzo. 26(3): 176-186.

International Center for Alcohol Policies (2000). Life Skills Education in South Africa and Botswana. Washington, DC.

Jessor, R. (1993). "Successful Adolescent Development among Youth in High-risk Settings." *American Psychologist*. Febrero. 48:2 117-126.

Jessor, R. (1992). "Risk Behavior in Adolescence: A Psychosocial Framework for Understanding and Action." En: Rogers, D. y Ginzburg, E. (Eds.), Adolescents at Risk: Medical and Social Perspectives. Boulder, CO: Westview Press.

Jessor, R. y Jessor, S. (1977). Problem Behavior and Psychosocial Development. Orlando, FL.

Jessor, R. (1984). Adolescent Development and Behavioral Health. En: Matarazzo, J.; Weiss, S.; y Herd, J. (Eds.), Behavioral Health. Nueva York: John Wiley and Sons.

Jessor, R.; Donovan, J.; y Costa, F. (1991). Beyond Adolescence. Nueva York: Cambridge University Press.

Juvenile Justice Bulletin (1999). Shay Bilchik, Administrador. U.S. Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.

Kirby, D. (1994). *School-based Programs to Reduce Sexual Risk-taking Behaviors: Sexuality and HIV/AIDS Education, Health Clinics and Condom Availability Programs*. Documento presentado en la reunión anual de la American Public Health Association, San Diego, 31 de octubre de 1994.

Kohlberg, L. (1976). "The Cognitive-Developmental Approach to Moral Education." En: Lickona, T. (ed.), Moral Development and Behavior: Theory, Research and Social Issues. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.

Kornberg, M. y Caplan, G. (1980). "Risk Factors and Preventive Intervention in Child Psychotherapy: A Review." *Journal of Primary Prevention*. 1 71-133.

Kotliarenco, M.A.; Cáceres, I.; y Fontecilla, M. (1997). Estado de arte en resiliencia. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Washington, DC.

Ladd, G. y Mize, J. (1983). "A Cognitive-Social Learning Model of Social Skill Training." *Psychological Review*. 90 127-157.

Lam, J. (1989). *School Mediation Program Evaluation Kit*. Manual no publicado.

Luthar, S. y Zigler, E. (1991). "Vulnerability and Competence: A Review of Research on Resilience in Childhood." *American Journal of Orthopsychiatry*. 61(1) enero 6-22.

Luthar, S. y Zigler, E. (1992). "Intelligence and Social Competence Among High-risk Adolescents." *Development and Psychopathology*. (4), 287-299.

Mantilla Castellanos, L. (2000). Habilidades para vivir: Una propuesta pedagógica para la promoción del desarrollo humano y la prevención de problemas psicosociales. Fe y Alegría: Santa Fe de Bogotá.

Mastropieri, M. y Scruggs, T. (1985/6). "Early Intervention for Socially Withdrawn Children." *Journal of Special Education*. 19 429-441.

McGuire, W.J. (1968). "The Nature of Attitudes and Attitude Change." En: Lindzey, G. y Aronson, E. (Eds.), Handbook of Social Psychology. Reading, MA: Addison-Wesley.

McGuire, W. (1964). "Inducing Resistance to Persuasion: Some Contemporary Approaches." En: Berkowitz, L. (Ed.), Advances in Experimental Social Psychology. Nueva York: Academic Press.

Meyer, A. y Farrell, A. (1998). "Social Skills Training to Promote Resilience in Urban Sixth Grade Students: One Product of an Action Research Strategy to Prevent Youth Violence in High-Risk Environments." *Education and Treatment of Children*. Noviembre. 21(4): 461-488.

Mize, J. y Ladd, G. (1990). "A Cognitive-Social Learning Approach to Social Skills Training with Low-status Preschool Children." *Developmental Psychology*. 26(3) 388-397.

Munist, M. y cols. (1998). Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Washington, DC.

Nangle, D. y Hansen, D. (1993). "Relations Between Social Skills and High-Risk Sexual Interactions Among Adolescents: Current Issues and Future Directions." *Behavior Modification*. Abril. 17(2) 113-135.

Newman, B. y Newman, R. (1998). Development through Life: A Psychosocial Approach. Wadsworth Publishing.

Núñez, y cols. (2000). *Futures Group International*. Proyecto de Servicios Integrales para Adolescentes en Condiciones de Pobreza. Informe Final. Banco Interamericano de Desarrollo/Organización Panamericana de la Salud/Panamor de Costa Rica. Mayo. No publicado.

Nyamwaya, D. (1996). "Impediments to Health Promotion in Developing Countries: The Way Forward." *Health Promotion International*. September. 11(3):175-6.

O'Donnell, J.; Hawkins, D.; Catalano, R.; Abbott, R.; y Day, E. (1995). "Preventing School Failure, Drug Use and Delinquency Among Low-Income Children: Long-term Intervention in Elementary Schools." *American Journal of Orthopsychiatry*. Enero. 65 (1) 87-100.

Oficina de Censos de Estados Unidos (2000). International Programs Center. International Data Base. (IDB)

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1999). Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes. OMS, Serie de Informes Técnicos. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998). Tobacco Use Prevention: An Important Entry Point for the Development of Health-Promoting Schools. Ginebra: WHO/UNESCO/Education International (WHO Information Series on School Health, Document 5).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1997a). Tobacco or Health: A Global Status Report. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1997b). Life Skills Education for Children and Adolescents in Schools. Programme on Mental Health. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1996). Life Skills Education: Planning for Research. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1993). Life Skills Education for Children and Adolescents in Schools. Programme on Mental Health. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1993). The Development of Dissemination of Life Skills Education: An Overview. Programme on Mental Health. Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2000). Tobacco-Free Youth. A "Life Skills" Primer. Publicación científica y técnica no. 579. Washington, DC.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1998a). Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas, 1998-2001. Washington, DC.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1998b). La salud en las Américas. Washington, DC.

Parker, J. y Asher, S. (1987). "Peer Relations and Later Personal Adjustment: Are Low-accepted Children at Risk?" *Psychological Bulletin*. 102 357-389.

Patterson, G.R. (1986). "Performance Models for Antisocial Boys." *American Psychologist*. 41, 432-444.

Patterson, G.; Littman, R.; y Bricker, W. (1967). "Assertive Behavior in Children." *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 32(5) Serial No. 113. 1-43.

Pepler, D. y Slaby, R. (1994). Theoretical and Developmental Perspectives on Youth and Violence. En: Eron, L. y cols. (Eds.), Reason to Hope : A Psychological Perspective on Violence and Youth. American Psychological Association. Washington, DC.

Perry, C. y Jessor, R. (1985). "The Concept of Health Promotion and the Prevention of Adolescent Drug Abuse." *Health Education Quarterly*. Verano. 12(2) 169-184.

Piaget, J. (1972). "Intellectual Evolution from Adolescence to Adulthood." *Human Development*. 15, 1-12.

Rodriguez-Garcia, R.; Russell, J.S.; Maddaleno, M.; y Kastrinakis, M. (1999). El ambiente legislativo y de políticas relacionado con la salud del adolescente en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud/Fundación W.K. Kellogg. Washington, DC.

Ross, J. y cols. (1991). "Teenage Health Teaching Modules: Impact of Teacher Training on Implementation and Student Outcomes." *Journal of School Health*. 61(1) 31-38.

Rutter, M. (1987). "Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms." *American Journal of Orthopsychiatry*. 57:3 (Julio) 316-331.

Sadowski, M. (1998). *Programs Fostering "Emotional Intelligence" Shows Promise*. Harvard Education Letter: Research Online. Noviembre/Diciembre.

Safe and Drug Free Schools (sin fecha). News Updates, <http://www.ed.gov/offices/OESE/SDFS/lifeskills.html>.

Schinke, S.; Blythe, B.; y Gilchrest, L.D. (1981). "Cognitive-Behavioral Prevention of Adolescent Pregnancy." *Journal of Counseling Psychology*. 28 451-454.

Schneider, B. y Bryne, B. (1985). Children's social skills: A meta-analysis. En: Schneider, B.; Rubin, K.; y Ledingham, J. (Eds.), Children's Peer Relations: Issues in Assessment and Intervention. Nueva York: Springer-Verlag.

Schutt-Aine, J. (2001). Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones de programas y políticas. En imprenta.

Shure, M. (1999). *Juvenile Justice Bulletin*. U.S. Department of Justice. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.

Shure y Healey (1993). *Interpersonal Problem Solving and Prevention in Urban School Children*. Presentado en la convención anual de la American Psychological Association, Toronto. Agosto.

Shure y Spivack (1988). "Interpersonal Cognitive Problem-Solving." En Price, R.; Cowen, E.; Lorion, R.; y Ramos-McKay (Eds), Fourteen Ounces of Prevention: A Casebook for Practitioners, págs. 69-82. American Psychological Association, Washington, DC.

Shure y Spivack (1982). "Interpersonal Problem-Solving in Young Children: A Cognitive Approach to Prevention." *American Journal of Community Psychology*. 10 (3).

Shure y Spivack (1980). "Interpersonal Problem Solving as a Mediator of Behavioral Adjustment in Preschool and Kindergarten Children." *Journal of Applied Developmental Psychology*. (1): 29-44.

Shure y Spivack (1979). "Interpersonal Cognitive Problem Solving and Primary Prevention: Programming for Preschool and Kindergarten Children." *Journal of Clinical Child Psychology*. Verano.

Slaby, R. y Guerra, N. (1988). "Cognitive Mediators of Aggression in Adolescent Offenders." *Developmental Psychology*. 24, 580-588.

Slaby, R.; Rodell, W.; Arezzo, D.; y Hendriz, K. (1995). Early Violence Prevention: Tools for Teachers and Young Children. National Association for the Education of Young Children.

- Steinberg, L. (2000). The Family at Adolescence: Transition and Transformation. *Journal of Adolescent Health*. 27:170-178.
- Sullivan Palincsar, A. (1998). "Social Constructivist Perspectives on Teaching and Learning." *Annual Review of Psychology*.
- Tappe, M.; Galer-Unti, R.; y Bailey, K. (1995). "Long-Term Implementation of the Teenage Health Teaching Modules by Trained Teachers: A Case Study." *Journal of School Health*. Diciembre. 65(10): 411-415.
- Thompson, K.; Bundy, K.; y Wolfe, W. (1996). "Social Skills Training for Young Adolescents: Cognitive and Performance Components." *Adolescence*. Otoño. 31(123).
- Tobler, N. (1992). "Drug Prevention Programs Can Work: Research Findings." *Journal of Addictive Diseases*. 11(3).
- Tobler, N. (1986). "Meta-Analysis of 143 Adolescent Drug Prevention Programs: Quantitative Outcome Results of Program Participation Compared to a Control or Comparison Group." *Journal of Drug Issues*. 16:537-567.
- Tobler, N. y Stratton, H. (1997). "Effectiveness of School-based Drug Prevention Programs: A Meta-Analysis of the Research." *Journal of Primary Prevention*. 18(1):71-128.
- Tyler, F. y cols. (1991). "The Ecology and Psychosocial Competence." In: Ethnic Validity, Ecology and Psychotherapy: A Psychosocial Competence Model. Nueva York: Plenum Press.
- UNAIDS (2000). *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*. Junio. Informe presentado en la 5ta. Reunión Ministerial sobre la Niñez. Kingston, Jamaica, octubre 2000.
- (United Nations Development Programme) (UNDP) (1994). Human Development Report 1994. Nueva York: Oxford University Press.
- United Nations Children's Fund (UNICEF) (1997a). *Fecundidad en adolescentes en Latinoamérica y el Caribe*. New York: UNICEF.
- United Nations Children's Fund (UNICEF) (1997b). Youth Health—For a Change: A UNICEF Notebook on Programming for Young People's Health and Development. Nueva York: UNICEF.
- Vince Whitman, C. (1996). HHD's Approach to Changing Policies and Practice in Systems. Education Development Center, Inc. Health and Human Development Programs. Newton, MA.
- Vygotsky, L.S. (1978). Mind in Society. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Weissberg, R.; Sluyter, D.; y Bose, S. (1998). Research Project Updates: Children's Social Competence and Health Outcomes. CASEL Collections. Volumen I.
- Westen, D. (1996). Psychology: Mind, Brain, and Culture. John Wiley and Sons, Inc. Harvard University.
- Wodarski, J.S. y Feit, M.D. (1997). "Adolescent Preventive Health: A Social and Life Group Skills Paradigm." *Family Therapy*. 24 (3). 191-208.
- Wolman, B. (1968). Historical Roots of Contemporary Psychology. Harper and Row Publishers, Nueva York.
- Young, M.; Kelley, R.; y Denny, G. (1997). "Evaluation of Selected Life-skills Modules from the Contemporary Health Series with Students in Grade 6." *Perceptual and Motor Skills*. 84 811-818.
- Zimmerman, M.; Ramírez-Valles, J.; Suárez, E.; de la Rosa, G.; y Castro, M. (1997). "An HIV/AIDS Prevention Project for Mexican Homosexual Men: An Empowerment Approach." *Health Education and Behavior*. Abril. 24 (2): 177-190.

Anexo A

Programas/Recursos de habilidades para la vida

Fe y Alegría

Colombia

Contacto: Amanda Bravo, Coordinación Pedagógica Nacional

Calle 34 No. 4-94

Tel: (571) 323-7775

E-mail: fyacolcpnal@col.net.co

AIDS Action Programme for Schools

UNICEF—Zimbabwe

P.O. Box 1250

Harare, Zimbabwe

Contacto: Fabio Sabatini

Tel: (263-4) 703-941; Fax: (263-4) 731-849

Curriculum 2005

South Africa

Department of Education

URL: <http://www.polity.org.za/govdocs/misc/curr2005.html>

Contacto: Dr. Chabani Manganyi

Social Decision-Making and Problem Solving (ISA-SPS)

Department of Psychology

Rutgers University, Livingston Campus

New Brunswick, NJ 08903

Contacto: Maurice Elias

Tel: (732) 445-2444; Fax: (732) 445-0036

Seattle Social Development Project (SSDP)

Social Development Research Group (SDRG)

University of Washington – School of Social Work

130 Nickerson, Suite 107

Seattle, WA 98109

Contacto: David Hawkins

Tel: (206) 286-1805

Email: sdrq@u.washington.edu

URL: <http://weber.u.washington.edu/~sdrq>

Life Skills Training Program

Cornell University Medical College

Institute for Prevention Research

411 E. 69th Street, KB-201

New York, NY 10021

Contacto: Gilbert Botvin

Para recibir información acerca de investigación realizada con LST: (212) 746-1270

Para recibir información acerca del programa o para solicitar materiales de planeamiento, comunicarse con el editor:

1-800-636-3415 ó (609) 921-0540

E-mail: sabrod@aol.com

URL: www.lifeskillstraining.com

Second Step Violence Prevention Curriculum

Research Network on Successful Adolescent Development Among Youth in High-Risk Settings

Grossman y cols.

The Committee for Children

2203 Airport Way South, Suite 500

Seattle, WA 98134-2027

Contact: Barbara Guzzo

Tel: (800) 634-4449; Fax: (206) 343-1445

Interpersonal Cognitive Problem-Solving (I Can Problem Solve)

Shure y Spivak

Allegheny University

Broad and Vine

Mail Stop 626

Philadelphia, PA

19102-1192

Contact: Myrna B. Shure

Tel: (215) 762-7205

Skills for Action

Quest International, Lions Quest Programs

P.O. Box 4850

Neward, OH 43058-4850

USA

Tel: (800) 446-2700

URL: <http://www.quest.edu>

Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS) Program

Prevention Research Center

Pennsylvania State University

Henderson Building

South University Park, PA 16802

Contact: Mark Greenberg

Tel: (814) 863-0241; Fax: (814) 863-7963

URL: <http://weber.u.washington.edu/~paths/>

Teenage Health Teaching Modules

Center for School Health Programs

Education Development Center, Inc.

55 Chapel St.

Newton, MA 02458

Contact: Christine Blaber

Resolving Conflict Creatively Program

Aber, Jones, Brown, Chaudry, Samples

RCCP National Center

163 Third Ave., #103

New York, NY 10003

Contact: Linda Lantieri

Tel: (212) 387-0225; Fac: (212) 387-0510

E-mail: ESRRCCP@aol.com

Social Competence Program for Young Adolescents

(Formerly called: Positive Youth Development Program – Yale/New Haven Social Problem Solving Program)

E-mail: rpw@uic.edu

Roger Weissberg

Anexo B

Herramientas para la defensa de las habilidades para la vida

¿Por qué usar un enfoque de habilidades para la vida?

Resultados de la investigación

Proveedores efectivos de programas de habilidades para la vida

Ciclo de desarrollo de habilidades

Programas de habilidades para la vida: Contenido informativo

Programas de habilidades para la vida: Metodología de enseñanza

Programas de habilidades para la vida: Capacitación de proveedores

Conjuntos de habilidades para la vida

Elementos clave de los programas de habilidades para la vida

[¿Por qué usar un enfoque de habilidades para la vida?]

- ☐ Las habilidades sociales, cognitivas y de control de emociones son **componentes esenciales para el desarrollo saludable en la niñez y adolescencia**, y son necesarios para lograr una **transición exitosa de la niñez a la edad adulta**.
- ☐ Los programas de habilidades para la vida pueden satisfacer en forma específica las necesidades de **niños que están creciendo en condiciones desventajosas** y que carecen de oportunidades para desarrollar estas habilidades.
- ☐ Las habilidades de aptitud social y solución de problemas están dentro de las características que definen a un **niño de carácter fuerte**.
- ☐ Saber controlar las emociones y las relaciones interpersonales es tan importante como el intelecto para lograr **éxito en la vida**.
- ☐ **Los programas que se enfocan únicamente en la transferencia de información son menos efectivos** en la promoción y prevención de la salud que los programas que incorporan el desarrollo de habilidades.
- ☐ Las habilidades sociales, cognitivas y de control de emociones que tratan los programas de habilidades para la vida han demostrado ser **mediadoras en las conductas problemáticas**.
- ☐ Las habilidades para la vida influyen a **las múltiples necesidades de salud y desarrollo del adolescente**.
- ☐ El enfoque de habilidades para la vida ayuda a las escuelas a hacer frente a las múltiples demandas de los planes de programas sobre prevención, al presentar **un enfoque integral y unificado** para satisfacer muchas necesidades.
- ☐ Las habilidades de comunicación, toma de decisiones, pensamiento crítico y de negociación, son necesarias para un desarrollo saludable, y también son **habilidades valoradas en el lugar de trabajo**.
- ☐ Los programas de habilidades para la vida **promueven normas sociales positivas** que pueden influenciar los servicios de salud del adolescente, las escuelas, el personal escolar y las familias.

[Resultados de la investigación]

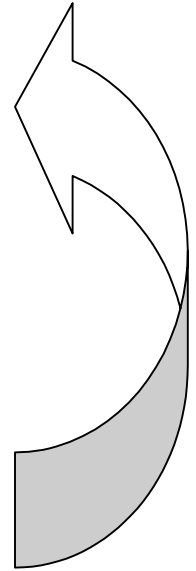
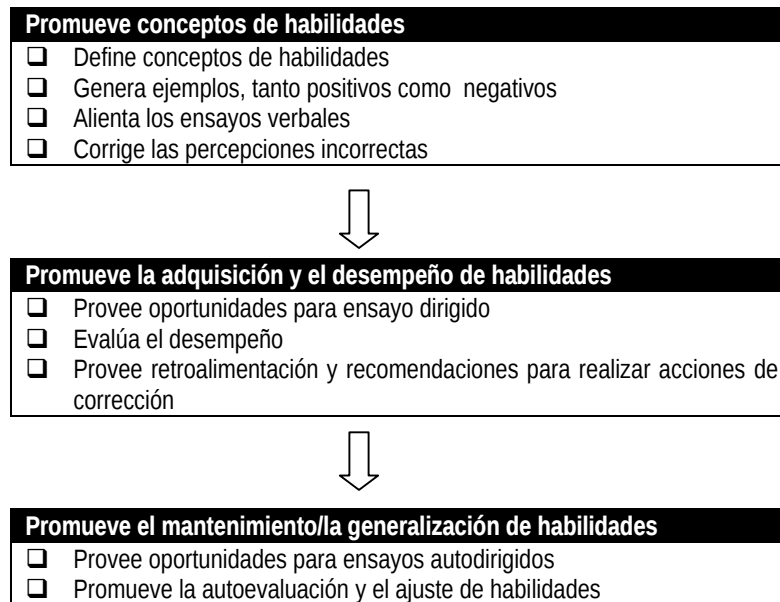
Los programas de habilidades para la vida pueden:

- ☐ Retrasar la edad de inicio del **uso del tabaco, el alcohol y la marihuana** (Hansen, Johnson, Flay, Graham y Sobel, 1988).
- ☐ Prevenir **conductas sexuales de alto riesgo** (Kirby, 1994; Schinke, Blythe y Gilchrest, 1981).
- ☐ Enseñar el **control de la ira** (Deffenbacher, Oetting, Huff y Thwaites, 1995; Deffenbacher, Lynch, Oetting y Kemper, 1996; Feindler y cols., 1986).
- ☐ Prevenir **la delincuencia y la conducta criminal** (Englander-Golden y cols., 1989).
- ☐ Mejorar conductas relacionadas con la salud y la **autoestima** (Young, Kelley y Denny, 1997).
- ☐ Promover el **ajuste social** positivo (Elias, Gara, Schulyer, Branden-Muller y Sayette, 1991)
- ☐ Mejorar el **desempeño académico** (ibid)
- ☐ Prevenir el **rechazo de los pares** (Mize y Ladd, 1990).

[Proveedores efectivos de programas de habilidades para la vida]

Pueden ser.....	Deben ser percibidos por los adolescentes como....	Deben tener estas cualidades....
☐ Maestros ☐ Consejeros ☐ Líderes ☐ Trabajadores sociales ☐ Trabajadores de salud ☐ Padres ☐ Psicólogos ☐ Médicos ☐ Otros adultos de confianza	☐ Creíbles ☐ Confiables ☐ De alto estatus ☐ Modelos positivo ☐ Exitosos ☐ Competentes	☐ Competentes en procesos de grupo ☐ Capaces de guiar y facilitar ☐ Respetuosos de los niños y adolescentes ☐ Cordiales, prestan apoyo, entusiastas ☐ Saber acerca de áreas de contenido específico en áreas importantes para la adolescencia ☐ Sabe acerca de los recursos comunitarios

[Ciclo de desarrollo de habilidades]



[Programas de habilidades para la vida: Contenido informativo]

“La combinación de la capacitación de habilidades generales con la instrucción de un dominio específico puede resultar en el modo más efectivo de prevenir problemas sociales particulares”.

La instrucción de un dominio específico puede incluir como:

- ☐ Negociar las relaciones sexuales
- ☐ Resolver conflictos sin usar violencia
- ☐ Prevenir los parásitos o la culebrilla
- ☐ Rehusar drogas y alcohol
- ☐ Desarrollar relaciones positivas con los pares
- ☐ Analizar en forma crítica los mensajes de los medios de comunicación
- ☐ Prevenir la anemia o deficiencia de hierro
- ☐ Afirmar los derechos como ciudadanos
- ☐ Acceder a los servicios de salud comunitarios

[Programas de habilidades para la vida: Metodología de enseñanza]

Los programas de efectivos habilidades para la vida “copian los procesos naturales por los cuales los niños aprenden conductas.”

El proceso natural incluye:

- ☐ modelos
- ☐ observación
- ☐ interacciones sociales

“Cuando las personas ensayan mentalmente o de hecho ejecutan patrones de repuesta modelada, tienen menos posibilidades de olvidarlos que cuando no piensan acerca de ellos ni practican lo que han visto”.

Las habilidades pueden practicarse por medio de:

- ☐ actuaciones
- ☐ análisis de situaciones
- ☐ trabajo en grupos pequeños
- ☐ debates
- ☐ ensayos individuales
- ☐ mapeo de decisiones o árboles de problemas
- ☐ análisis de contenido literario
- ☐ ejercicios de relajación y desarrollo de confianza
- ☐ juegos

[Programas de habilidades para la vida: Capacitación de proveedores]

La capacitación efectiva muestra a los proveedores como:

- ☐ establecer un ambiente de programa efectivo, seguro y de apoyo;
- ☐ modelar las habilidades que se tratan en el programa;
- ☐ acceder a los recursos de información y de referencia de salud;
- ☐ aplicar metodologías de enseñanza interactivas: juegos de rol, dramatizaciones, debates, trabajo en grupos pequeños, debates abiertos;
- ☐ proceso de manejo de grupos;
- ☐ tratar temas delicados en la adolescencia;
- ☐ proveer críticas constructivas, y apoyo y retroalimentación positivos.

[Conjuntos de habilidades para la vida]

Habilidades sociales	Habilidades cognitivas	Habilidades de enfrentamiento de emociones
Habilidades de comunicación Habilidades de negociación/rechazo Habilidades asertivas para desarrollar una personalidad firme Habilidades interpersonales (para desarrollar relaciones saludables) Habilidades de cooperación	Habilidades de toma de decisiones/solución de problemas ☐ Comprensión de las consecuencias de las acciones ☐ Determinación de soluciones alternas a los problemas Habilidades de pensamiento crítico (para analizar la influencia que tienen los pares y de los medios de comunicación)	Control del estrés Control de los sentimientos, incluyendo la ira Habilidades para aumentar el control central interno (autocontrol, automonitoreo)