

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA



MEMORIA LABORAL

P.E.T.A.E.N.G.

**PROGRAMA DE HÁBITOS DE VIDA
SALUDABLES COMO PARTE DEL BIENESTAR
PSICOLÓGICO Y FÍSICO EN NIÑOS, NIÑAS Y
ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE
CONDUCTA DE LA FUNDACIÓN ALALAY**

POR: ROMMEL CONDORI MÁRQUEZ

TUTOR: LIC. MARY ELIZABETH PERALTA GARCÍA

LA PAZ – BOLIVIA

2022

ÍNDICE

| | |
|--|----------|
| INTRODUCCIÓN..... | 5 |
| CAPITULO 1 MARCO INSTITUCIONAL..... | 9 |
| 1.1. Descripción de la institución..... | 9 |
| 1.2. Aldeas Alalay..... | 10 |
| 1.3. Primera etapa: Programa Calle | 10 |
| 1.4. Segunda etapa: Programa terapéutico..... | 11 |
| 1.5. Tercera etapa: Educativo formativo..... | 11 |
| 1.6. Cuarta etapa: Tecnificación e independización | 12 |
| 1.7. Misión de la institución..... | 13 |
| 1.8. Visión de la institución | 13 |
| 1.9. Identificación del problema | 14 |
| 1.10. Definiciones conducta antisocial | 16 |
| 1.11. Definición DSM IV | 17 |
| 1.12. Etiología de la conducta antisocial | 18 |
| 1.13. Factores desencadenantes de la conducta antisocial en adolescentes. | 19 |
| 1.14. Criterios diagnósticos de la conducta antisocial..... | 21 |
| 1.15. Diagnóstico de la conducta antisocial..... | 22 |
| 1.16. Curso y pronóstico de la conducta antisocial..... | 22 |

| | | |
|-------|--|----|
| 1.17. | Conducta antisocial durante la adolescencia. | 22 |
| 1.18. | Prevalencia de la conducta antisocial | 24 |
| 1.19. | Conducta antisocial: diferencias entre sexos | 25 |
| 1.20. | La conducta antisocial: diferencias en función de la edad..... | 26 |
| 1.21. | Conducta antisocial: diferencias en función del nivel socio-económico- cultural..... | 27 |
| 1.22. | Definiciones bienestar psicológico | 28 |
| 1.23. | Modelo multidimensional del bienestar psicológico | 31 |
| 1.24. | La psicología positiva | 32 |
| 1.25. | Los hábitos saludables | 34 |
| 1.26. | Tipos de hábitos | 35 |
| 1.27. | Vulnerabilidad de los niños y adolescentes | 36 |
| 1.28. | Causas de la salida a la calle..... | 36 |
| 1.29. | Condiciones de vida en la calle..... | 39 |
| 1.30. | Características de los niños y niñas adolescentes en situación de calle... | 40 |
| 1.31. | La adolescencia..... | 43 |
| 1.32. | La preadolescencia..... | 44 |
| 1.33. | Desarrollo sexual | 46 |

| | | |
|---|---|-----------|
| 1.34. | Desarrollo moral | 47 |
| CAPITULO 2 DESARROLLO LABORAL | | 48 |
| 2.1. | Objetivos de la intervención laboral | 48 |
| 2.1.1. | Objetivo general | 48 |
| 2.1.2. | Objetivos específicos | 48 |
| 2.2. | Descripción de las funciones y tareas | 48 |
| 2.2.1. | Funciones de educador | 48 |
| 2.2.2. | Funciones específicas de educador en la fundación ALALAY: | 49 |
| 2.2.3. | Funciones en el departamento de psicología..... | 50 |
| 2.3. | Líneas de acciones implementadas..... | 52 |
| CAPÍTULO III PROGRAMA DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE | | 53 |
| LÍNEAS DE TRABAJO | | 58 |
| 3.1. | CUERPO SALUDABLE..... | 58 |
| LÍNEA DE TRABAJO | | 60 |
| 3.2. | MENTE SALUDABLE | 62 |
| LÍNEA DE TRABAJO | | 64 |
| 3.3. | TAREA SALUDABLE | 65 |
| LÍNEA DE TRABAJO | | 66 |
| 3.4. | Resultados alcanzados | 67 |

| | | |
|--|--|-----------|
| 3.5. | Conductas negativas | 67 |
| 3.6. | Línea de trabajos terapéuticos..... | 68 |
| 3.7. | Resultados generales..... | 69 |
| 3.8. | Resultados cuerpo saludable..... | 69 |
| 3.9. | Evaluación de los aprendizajes en la población..... | 71 |
| 3.10. | Resultados mente saludable | 72 |
| 3.11. | Evaluación de los aprendizajes en la población..... | 73 |
| 3.12. | Resultados de tarea saludable | 74 |
| 3.13. | Evaluación de los aprendizajes en la población..... | 75 |
| 3.14. | DESEMPEÑO LABORAL..... | 76 |
| 3.15. | Logros profesionales..... | 80 |
| 3.16. | Límites y dificultades..... | 80 |
| CAPITULO IV DESCRIPCIÓN DE LA PROYECCIÓN PROFESIONAL | | 84 |
| 4.1. | Planteamiento de futuros de safios a nivel profesional | 84 |
| Bibliografía | | 86 |

RESUMEN

El presente programa, es la memoria de trabajo realizada en la fundación *ALALAY*, que alberga a una cantidad de niños y niñas adolescentes en situación de calle. Durante el ejercicio laboral de cuatro años en el ámbito social como educador y posterior ejercicio en el área de psicología en la institución, permitieron identificar problemas de conducta “Antisocial” en la población institucionalizada, tomando como referencia el cuestionario de conductas antisociales - delictivas A-D, en este sentido la implementación del programa se realizó enfocado en 3 lineamientos: cuerpo saludable, mente saludable, tarea saludable. Al implementar dicho programa se observó que los hábitos saludables implementados dieron como resultado conductas repetitivas positivas, lo que fortalecieron comportamientos con sentido de pertenencia a un estilo de vida saludable, asimismo fue de suma importancia diferenciar las conductas antisociales de las delictivas. Por otro lado, el reforzar repetitivamente las conductas positivas “hábitos saludables” de manera diaria y mediante una evaluación semanal, dieron pautas estables de comportamientos positivos, orientándolas a una mejora en su formación.

ABSTRACT

The current program contains the memory of the work process carried out in the *ALALAY* foundation, which keeps a number of adolescent boys and girls in street situations.

During the four-year work experience in the social field as an educator and later exercise in the area of psychology in the institution, allowed the identification of “antisocial” behavior problems in the institutionalized population, taking as reference the criminal antisocial behavior test A-D; In that sense, the program’s implementation was made focused on 3 guidelines: healthy body, healthy mind, healthy task. The implementation of the program, noted that the healthy habits implemented resulted in positive repetitive behaviors and reinforced behaviors with a sense of belonging to a healthy lifestyle, in that way, it was very important to differentiate antisocial behaviors from criminal behaviors.

On the other hand, reinforce the positive behaviors “the healthy habits” repeatedly on a daily basis and through a weekly evaluation, gave stable patterns of positive behaviors, guiding them towards an improvement in their training.

INTRODUCCIÓN

Debemos tomar en cuenta que es de vital importancia dar atención a las aplicaciones de programas e iniciativas que impulsen a un bienestar integral y que vayan encaminados a la disminución de las conductas negativas y hábitos poco saludables en la comunidad de niños, niñas y adolescentes albergados en las diferentes instituciones de acogida, protección y cuidado. La implementación del *Programa de hábitos de vida saludable para un bienestar psicológico y físico en niños, niñas y adolescentes de la Fundación ALALAY de la ciudad de El Alto con problemas de conducta* tiene como propósito principal la disminución y eliminación, a mediano y largo plazo, de conductas negativas denominadas conductas antisociales, así como la disminución del riesgo psicosocial.

No dejando de lado, la réplica de estos espacios para la programación y el ordenamiento de las actividades preventivas que se realizan en pro de la salud de los niños institucionalizados seguido de un riguroso seguimiento conforme sea su cumplimiento; para ello se han planteado diferentes programas y actividades saludables contenidas dentro de un cronograma, con objetivos donde se busque a través de un sistema, evaluar el impacto del programa en la población en un periodo de tiempo determinado para seguir el proceso correspondiente dentro del programa de etapas planificadas por la fundación Alalay y así aportar y generar beneficios en la reinserción social futura, mejoramiento de la salud mental y física, lograr la sensibilización en los niños adolescentes de la importancia de los hábitos de vida saludables y la importancia del autocuidado.

En este sentido, el presente trabajo de implementación de programa social se realizó enfocado en tres lineamientos: cuerpo saludable, mente saludable, tarea saludable que pretenden mejorar la calidad de vida dentro la institución para una mejor convivencia con la comunidad y posterior paso a la siguiente etapa planteada por la institución dentro su misión y visión.

Asimismo, al evaluar el programa se observó que los hábitos saludables implementados dieron como resultados conductas repetitivas, lo que ayudaron a comportamientos con

sentido de pertenencia a un estilo de vida saludable en el 60% de la población de la casa Villa Dolores en El Alto, para su paso a la siguiente etapa.

Por otro lado, en referencia a los antecedentes del programa y los resultados, se puede inferir que mientras más hábitos saludables o “conductas adecuadas”, mayores son las probabilidades de un estilo de vida saludable.

CAPITULO 1

MARCO INSTITUCIONAL

1.1. Descripción de la institución

El Hogar de Niños ALALAY nace en 1990, a través de la iniciativa de Claudia Gonzáles, actual directora de la institución, con la misión de recuperar a los niños, niñas y adolescentes que han hecho de su espacio de vida, la calle para construir oportunidades, promover la restitución, ejercicio y promoción de sus derechos fundamentales.

En la actualidad trabaja en cuatro ciudades de Bolivia: La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz, con intervenciones sociales en protección y prevención, dirigidos a poblaciones en situación de riesgo social, en los cuales atendieron a lo largo de 31 años, directa e indirecta, aproximadamente a 45.000 personas, entre niños, niñas y adolescentes, padres de familia, maestros de escuelas públicas y representantes de comunidad.

Esta reconocida institución orienta su atención en los siguientes propósitos: La primera etapa tiene como objetivo contribuir en la recuperación de valores e identidad de los NNA`s en situación de calle; la segunda etapa del programa terapéutico trabaja de forma terapéutica y formativa en el cambio conductual de los niños y niñas en el cual se plantean objetivos alcanzables a corto plazo, que el niño debe trabajar; la tercera etapa programa educativo formativo, el trabajo realizado en aldeas correspondiente a las terceras etapas del programa de protección, tiene un énfasis muy fuerte en la comunidad para la vida; la cuarta etapa tecnificación e independización, a partir de los 15 años, inician el proceso de capacitación técnica y universitaria la cual les permite prepararse para una nueva vida independiente, pero con suficientes capacidades y actitud para hacer frente a la vida que se les presenta.

1.2. Aldeas Alalay

La aldea de Alalay es la tercera etapa de un programa de cuatro etapas ya mencionadas anteriormente que son ejecutados por la institución.

La población que ingresa a tercera etapa son niños que obligatoriamente han empezado un proceso, pasando por las etapas anteriores primeras y segundas etapas. O en caso muy específicos (niño muy pequeño o con riesgo en primera etapa) los niños son trasladados tras una primera etapa de adaptación a la aldea, esta etapa de adaptación implica que los niños se quedarán por lo general de 2 a 4 semanas, tiempo en el cual el niño y niña sea evaluado de manera general y se hayan modulado algunas de sus conductas.

En general, la tercera etapa tiene como objetivo general brindar un hogar estable a los niños que provengan de situaciones de alto riesgo o niños en situación de calle, teniendo acogimiento legal lo cual determina su estado. Este objetivo amplió la responsabilidad del equipo de trabajo para brindarles a los niños un espacio de crecimiento, ya que los niños ingresan a corta edad, tomando en cuenta que la edad máxima de traslado a la aldea es 13 años.

Asimismo, cuenta con el programa de prevención, el cual busca que niños, niñas y adolescentes vivan en entornos saludables, ejerciendo sus derechos en igualdad de género, con competencias personales y sociales.

El Centro de Desarrollo Integral (CDI) de Alto Lima en la ciudad de El Alto implementó proyectos productivos-sociales y deportivos, de igual forma, fomentando e impulsando el bienestar de la comunidad albergada.

1.3. Primera etapa: Programa calle

La primera etapa tiene como objetivo contribuir a la recuperación de valores de identidad de los niños y niñas adolescentes de la calle.

El programa de protección contempla una fase previa al ingreso de los niños y niñas adolescentes a las casas de acogida, que está definida como trabajo de calle, cuyo

objetivo es establecer contacto con los niños que tienen como espacio de vida la calle y ofrecerles una alternativa de cambio de vida. Este proceso es realizado con niños y niñas, priorizando la actividad con las edades comprendidas entre 6 y 13 años, aunque se el trabajo también se realiza con niños y niñas mayores a esta edad.

El trabajo de calle se realiza dos veces por semana con intervenciones diurnas y nocturnas a través de un programa elaborado y desarrollado por el grupo encargado de estas actividades.

1.4. Segunda etapa: Programa terapéutico

Se trabaja de forma terapéutica y formativa en el cambio conductual de los niños y niñas, donde se plantean objetivos alcanzables a corto plazo que el niño debe trabajar.

La población que ingresa a las casas de acogida de segunda etapa son niños y niñas que están comprendidos entre los 7 hasta los 13 años. Su problemática es predominantemente: niño o niña en situación de calle, niño o niña en proceso de calle; niña o niño en alto riesgo inserto en círculos de violencia o de consumo por parte de los padres.

En la cotidianidad se desarrolla una estructura de convivencia, contención individual y grupal, así como una serie de actividades educativas, artísticas, laborales, deportivas, culturales y recreativas. El modelo terapéutico integral es aquí fundamental y los ayuda en el reforzamiento individual, grupal y familiar. Esta etapa le toma alrededor de un año al niño para ser promovido a la tercera etapa.

1.5. Tercera etapa: Educativo formativo

En esta etapa se trabaja con un énfasis formativo educativo, reforzando los valores positivos que adquirieron en segunda etapa. La 3ra etapa consiste en que los niños y niñas lleguen a contar con habilidades para la vida en competencias tales como autoestima, actitud positiva, valores humanos, derechos, deberes, comunicación eficaz y resolución de conflictos.

Los resultados a lograr en esta comunidad son: niños, niñas y adolescentes en situación de institucionalización cuentan con un desarrollo personal integral.

Este grupo que comenzó su proceso de desarrollo integral iniciada desde trabajo de calle, luego, niños y niñas que ingresaron de segunda etapa y están listos para seguir con su proceso dentro de la institución.

Estar listo significa que el niño o niña haya disminuido significativamente sus conductas de calle y se encuentre más estable emocionalmente.

Es fundamental que los niños tengan esta característica ya que la aldea disminuye su trabajo terapéutico y se enfoca en los niños más fuertemente en un área formativa.

Enmarcados en una comunidad productiva están los talleres de textilería y panadería donde los niños empiezan a adquirir habilidades para posteriores tecnificaciones en una 4ta etapa.

1.6. Cuarta etapa: Tecnificación e independización

A partir de los 15 años inician el proceso de capacitación técnica y universitaria que les permite prepararse para una nueva vida independiente, pero con suficientes capacidades y actitud para hacer frente a la vida.

Posteriormente inician el proceso de inserción laboral con el objetivo de independizarse y vivir de forma autónoma; todo esto con un equipo multidisciplinario que lo apoyan a nivel social, psicológico y legal en sus nuevos proyectos de vida.

La Fundación ALALAY en Bolivia implementa las Escuelas Socio Deportivas de la Fundación Real Madrid que apoyan a alrededor de 1.200 niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad en La Paz, Santa Cruz y El Alto que han dejado de trabajar, de vivir en las calles y de sufrir violencia dentro de sus hogares, optando por construir juntos a través del fútbol, una sociedad inclusiva, libre de violencia, ejerciendo sus derechos fundamentales en igualdad de género, adquiriendo competencias personales, sociales y deportivas. Las escuelas socio deportivas funcionan actualmente en la zona

Max Paredes en el campo deportivo de Kala Kalitas – Chamoco Chico, en la zona de Bajo Seguencoma en la ciudad de El Alto; distrito cuatro de la zona de Gran Poder, en el municipio de Cotoca, departamento de Santa Cruz; y en la capital oriental en Baganvillas y Universidad Ecológica con el apoyo de los gobiernos autónomos municipales de La Paz, El Alto y Cotoca.

No se trata solamente de jugar al fútbol portando con orgullo la camiseta de la Fundación Real Madrid, sino de promover valores y habilidades para la vida como respeto, autoestima, cooperación y compañerismo, comunicación, derechos y deberes, responsabilidad, igualdad de género, hábitos saludables, medio ambiente, resolución de conflictos y liderazgo, dentro de un contexto de inclusión social, diversidad, interacción comunitaria y de reciprocidad.

Las Escuelas Socio Deportivas de la Fundación Real Madrid, implementada por la Fundación Alalay, tiene un carácter de prevención social por medio del análisis, diagnóstico y abordaje de situaciones de vulnerabilidad como la violencia social que afectan a los Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) de las distintas ciudades del Bolivia.

1.7. Misión de la institución

La Fundación Alalay, como centro de atención, protección y cuidado a población en situación de alto riesgo, tiene la misión de contribuir a revertir las condiciones de pobreza afectiva, económica, social y espiritual en niños, niñas y adolescentes y en familias a través de un enfoque de prevención y resguardo.

1.8. Visión de la institución

La Fundación tiene la visión de servir con excelencia a la mayor cantidad de niños, niñas y adolescentes y familias en situación de alto riesgo, inspirar y promover en la sociedad una cultura de paz, amor e infancia plena.

1.9. Identificación del problema

Durante el ejercicio laboral, las vivencias y aplicación de lo académico en el ámbito profesional como educador y posterior ejercicio del área psicológica en la institución permitieron identificar problemas de conducta “antisocial” en niños, niñas y adolescentes institucionalizados, tomando como referencia el **Cuestionario de conductas antisociales-delictivas A-D**, el cual se analizó y revisó, generándose en consecuencia algunas adaptaciones lingüísticas estandarizado por Sánchez (2001), quien se basó en formas de expresión propias de la región de la península de Yucatán y no de una zona urbana como es la Ciudad de México. Este cuestionario es dicotómico y los primeros 20 ítems tienen por objetivo detectar la conducta antisocial y del 21 al 40 tratan de identificar la conducta delictiva.

Evalúa niños y adolescentes entre los 11 a los 18 años de edad de forma Individual o colectiva, en un tiempo aplicación de 10 a 15 minutos aproximadamente. Es un cuestionario que consta de 40 reactivos que recogen una amplia gama de comportamientos sociales indicativos de propensión o presencia de conductas de tipo delictivo. Con base en análisis factoriales, se determinaron las dimensiones que cubre el

Cuestionario:

- Un factor de conducta delictiva o delincuente (D), es decir, comportamientos ilegales
- Un factor de conductas antisociales (A) que rozan la frontera con lo que cae fuera de la ley.

El ámbito más probable de aplicación del Cuestionario A-D será sin duda en las instituciones, pues muchas de las conductas a las que se refiere la prueba suelen detectarse o incluso hacerse manifiestas en dicho escenario. Las normas separadas para varones y mujeres se presentan en percentiles y puntuaciones S.

El Cuestionario de Conductas Antisociales – Delictivas A-D, se ha utilizado en otras investigaciones. Asimismo, Garaigordobil (2004), empleó este mismo Cuestionario A-

D, con el objetivo de diseñar un programa de intervención psicológica basado en el juego prosocial dirigido a niños de 10-12 años, y evaluar sus efectos en varias conductas sociales (asertivas, pasivas, agresivas, antisociales y delictivas). Por su parte Sánchez (2001), valida el cuestionario para población rural mexicana, en el Estado de Yucatán, por lo que, al aplicarlo en población urbana, algunas de las expresiones lingüísticas de los ítems no eran adecuados para la población de la ciudad de México. De aquí que se haya procedido a validar el instrumento para población urbana, cuyo objetivo fue detectar el potencial de conductas antisociales y delictivas en adolescentes escolares, con fines de prevención, para una evaluación confiable en instituciones, escuelas y hospitales, incluso en la clínica privada. El instrumento fue validado (alfa de cronbach = 0, 897) en La Paz Bolivia por Limachi Lima, Marina; Requena Gonzales, Blanca Silvia (2018), carrera de Psicología, UMSA, Tesis Titulada “Relación entre la Inteligencia Emocional y Conducta Antisocial en Adolescentes con Responsabilidad Penal del

Centro De Reintegración Social Varones de la Ciudad de La Paz” instrumento, que me permitió evaluar a niños y adolescentes entre los 7 a los 13 años de edad, de forma Individual y la observación de comportamientos colectivos, en un tiempo determinado. Dicho cuestionario me permitió delimitar dos factores que fueron esenciales para tomar como referencia la conducta negativa:

Tomando en cuenta que dichas conductas fueron adquiridas en situación de calle, ya que estuvieron expuestos a circunstancias de alto riesgo como “maltrato, violaciones y muerte”, cuyo reflejo son claramente las infracciones y desobediencia de reglas sociales y/o una acción contra los demás.

Su característica esencial es la transgresión de las “normas sociales” y la violación de los derechos de los demás. A pesar de la importancia de estas conductas, su identificación y definición puede resultar difícil o cuando menos problemática, ya que el término mismo de “conducta antisocial” presenta cierta ambigüedad y falta de precisión tanto en su definición como en la delimitación de las conductas que se incluyen en el mismo. Es muy frecuente que investigadores y clínicos interesados en estos problemas, utilicen

expresiones diferentes tales como “conducta antisocial”. En general, en todos los casos, se hace referencia a alteraciones en las que las conductas incluidas son muy variadas (tales como agresividad, robo, destructividad, provocación de incendios, mentiras, fugas del hogar, vagabundeo, confrontación directa con otras personas, entre otros.), conductas que además presentan frecuentes e importantes solapamientos, y que se caracterizan globalmente por transgredir las normas de la sociedad y/o los derechos de las demás personas.

Estas conductas tuvieron una consecuencia más directa sobre la norma social establecida en la institución pues no respetaban normas establecidas, relacionadas con la limpieza, aseo personal, hasta de respeto en las relaciones interpersonales. Este tipo de conductas causaban molestia entre los miembros de la comunidad del hogar, que en algún momento fueron vistas como simples travesuras.

Tomando en cuenta estos antecedentes sobre problemas de conductas “antisociales” tomaremos como referencia las siguientes conceptualizaciones.

1.10. Definiciones conducta antisocial

La conducta antisocial se define como cualquier conducta que refleje infringir reglas sociales y/o sea una acción contra los demás. Existen conductas que están enfocadas en la búsqueda de nuevas experiencias, el contexto en el que se desarrollan los adolescentes y la impulsividad de los mismos.

Los comportamientos de los adolescentes dentro de las conductas que se encuentran fuera de la norma se pueden entender de dos formas, las conductas antisociales y las conductas delictivas (Formiga, 2003).

Según el autor antes citado, también se hace referencia a las conductas delictivas son aquellas que son merecedores de un castigo por parte del estado, es decir, aquellas que dentro del código penal se encuentran sancionadas por sus consecuencias directas a la sociedad. Estas conductas tienen una consecuencia más directa sobre el orden social establecido que las conductas antisociales, que son aquellas conductas que no respetan

normas establecidas por la sociedad que van desde normas relacionadas con la limpieza hasta de respeto en las relaciones interpersonales. Este tipo de conductas están más enfocadas en causar molestia entre los miembros de una comunidad más que retar el orden social establecido, son en su gran mayoría consideradas como simples travesuras.

Frias & Diaz (2003) refieren de las conductas antisociales, las cuales presentan una interrelación entre el ecosistema (social) lo cual podemos entender en nuestra población como las condiciones sociales de exclusión que presentan los adolescentes y microsistema (familiar) en este caso el ajuste a la regla en el micro ambiente familiar de los adolescentes sin oportunidades, la interacción de estos dos sistemas afecta la ocurrencia de las conductas antisociales y delictivas en la población.

La propuesta de Corsi (2001) postula que la realidad familiar, la realidad social y la cultura pueden entenderse organizadas como un todo articulado, como un sistema compuesto por diferentes subsistemas que se articulan entre sí de manera dinámica. Desde esta perspectiva ecológica, se necesita considerar simultáneamente los distintos contextos en los que se desarrolla una persona para no recortarla y aislarla de su entorno ecológico (Corsi, 2001), entre los se encuentra el macrosistema, exosistema y microsistema, considerando en este último tres dimensiones: conductual, cognitiva e interaccional.

1.11. Definición DSM IV

López & Valdéz (2002), basándose en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR, define la conducta antisocial como un patrón de comportamientos persistentes y repetitivos en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto.

Tomas (2013) indica que la conducta antisocial a toda aquella conducta que se sale de las normas sociales y que son alteraciones de la conducta con una duración de más de seis meses. Existen diversos tipos de conductas antisociales como acciones agresivas,

mentiras, robos vandalismo, piromanía, ausentismo escolar, holgazanería, huidas de casa o abuso sexual, con independencia de su gravedad.

1.12. Etiología de la conducta antisocial

Pérez (2011) menciona que existen diversas causas de la conducta antisocial y que los niños, niñas y adolescentes que presentan este problema pueden tener afectado el lóbulo frontal del cerebro el cual interfiere con su capacidad de planificar, evitar los riesgos y aprender de sus experiencias negativas.

Los niños y adolescentes que poseen un carácter difícil son más propensos a desarrollar trastornos del comportamiento que afecta el entorno son niños o adolescentes con hogares desintegrados o desorganizados.

Otra de las causas que desarrolla problemas de conducta antisocial puede ser el problema socioeconómico ya que pueden presentar comportamiento delictivo y agresivo.

Causas orgánicas estas pueden ser una causa del comportamiento antisocial en niños y adolescentes como: daño del lóbulo parietal del hemisferio derecho del cerebro que puede causar una incapacidad para comprender, mal funcionamiento del sistema de actuación reticular del cerebro puede provocar una incapacidad para mantener la atención y retraso en el desarrollo del sistema nervioso central se puede relacionar con una inmadurez general.

Factores genéticos que podrían causar un mal funcionamiento bioquímico y a su vez los trastornos pueden desencadenar comportamientos anormales.

La conducta antisocial también puede tener origen por diversas causas como:

- Causas sociales y culturales, estos pueden estar afectados por el ambiente en que se encuentra el niño o adolescentes, alguna de ellas podría ser problemas económicos, drogas y alcoholismo.

- Causas familiares, esto se ve afectado según el tipo de relaciones que se establecen en el ambiente familiar, podría afectar por ser una familia muy protectora, agresiva entre otras.
- Causas raciales podría ser por diferentes grupos culturales para su integración.
- Causas ambientales se puede desarrollar por modelos agresivos y competitivos que muestra la sociedad violando reglas, falta de habilidad para poder entender emociones.

Silva (2008) indica que la conducta agresiva que originan los adolescentes con problemas antisociales puede deberse a la diferencia de la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal que se encuentran en el sistema límbico que gobierna la expresión de las emociones, así como en el tálamo que transmite inputs de estructuras subcorticales límbicas hasta la corteza prefrontal.

Los pacientes con conductas antisociales han demostrado una actividad aumentada en la amígdala en el visionado de estímulos de contenido emocional negativo y durante el condicionamiento adversivo, ya que se muestra un alto nivel de desequilibrio funcional de estructuras corticales frontales y regiones subcorticales en la conducta antisocial.

1.13. Factores desencadenantes de la conducta antisocial en adolescentes

Farrington (2005) indica que la victimización física durante la infancia es un factor predisponente de la conducta antisocial ya que el adolescente expresa en su entorno social todo el comportamiento que ve dentro del hogar. Por lo que se indica que el abuso infantil puede provocar las siguientes consecuencias: efectos a corto y largo plazo, inestabilidad hacia el dolor que aumente o favorezca las agresiones en el futuro, desarrollar patrones de comportamientos impulsivos o disociativos para enfrentar situaciones problemáticas que podrán dar lugar a estilos de solución de problemas inadecuados, daña la autoestima y las habilidades cognitivas, provoca cambios en la estructura familiar y provoca aislamiento de las víctimas e incrementa la dificultad de estas para estar en contextos interpersonales.

Factores contextuales y grupos de iguales: Este tipo de factor está compuesta por los medios de comunicación ya que los adolescentes recogen las imágenes directamente, por lo que tanto padres como docentes tienen la tarea de ayudarlos para ser críticos con la información que se recibe; ya que los actos violentos definidos como actos que intentan herir o lesionar la visión general aparecen entre 8 y 12 veces por hora en la televisión, en programas de visión general y 20 veces en los programas infantiles.

Kazdin y Buela (2005) indican que para poder evaluar la conducta antisocial es importante evaluar los factores que se encuentran en el entorno del niño o el adolescente siendo los más importantes los siguientes:

Factores familiares y ambientales: Este puede deberse a hogares desintegrados, donde los niños o adolescentes antisociales han sufrido maltrato por alguno de los miembros de su familia provocando resentimiento, rebeldía y odio hacia la sociedad por la falta de afecto de la familia; la mayoría de pacientes con problemas antisociales muestran muy pocas relaciones amorosas por parte de sus familiares, creciendo sin saber que es un abrazo afectuoso o algún elogio afectivo.

Factores debidos a fallas en el desarrollo moral de la personalidad: la falta de valores personales, familiares y morales lo cual se ve manifestado en la conducta antisocial.

Factores hereditarios y constitucionales: Los pacientes biológicos de hijos diagnosticados con conducta antisocial parecen tener una cifra mayor a la psicopatía; es decir que después de desarrollar la conducta antisocial pueden aumentar el riesgo de actuar como psicópatas o sociópatas atentando contra la vida y valores de las personas que los rodean.

Factores cerebrales: Este puede estar afectado por defectos causados en el hipotálamo; así como también podría deberse a un daño en la corteza cerebral y el centro del encéfalo o en el llamado cerebro interno de Kieist donde se encuentra la vida instintiva, las pulsaciones, los sentimientos básicos y las diversas tendencias a la conservación y reproducción del individuo.

1.14. Criterios diagnósticos de la conducta antisocial

Los autores López y Valdez (2002), según el Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales, señalan los siguientes criterios diagnósticos que deben tomarse en cuenta para señalar algún tipo de conducta antisocial.

Patrones repetitivos y persistentes de comportamiento en el que se violan derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestando tres o más síntomas de los siguientes criterios:

Agresión a personas y animales: fanfarronea, amenaza o intimida a otro, inicia peleas físicas, utiliza armas que puede causar daño físico o grave a otras personas manifiesta crueldad física con personas y animales, roba enfrentándose a la víctima con violencia, forzar a alguien a una actividad sexual.

Destrucción de la propiedad: provoca deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves y destruye propiedades de otras personas.

Fraude o robo: violentan el hogar, la casa, el carro de otras personas, mienten a menudo para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones, robo de objetos de cierto valor enfrentándose con la víctima.

Violaciones graves de normas: permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas como escapes de la casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustituto (no regresan durante largo periodo); suele hacer trampas en los estudios, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad.

El trastorno antisocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral. Si la persona tiene 18 años o más no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

1.15. Diagnóstico de la conducta antisocial

Vásquez, Feria, Palacios y de la Peña (2010) señalan que el diagnóstico de la conducta antisocial se basa en la evaluación clínica la cual debe compararse con los criterios diagnósticos antes mencionados y una entrevista sistémica que incluye padres en la que deben indicar diversas etapas del desarrollo del niño o adolescente y su comportamiento, evaluar directamente al adolescente, revisar la información brindada por el o docentes del centro educativo; así como también es importante incluir en la historia clínica antecedentes familiares, personales, patológicos e historia del desarrollo y tener en cuenta que si es importante referirlo con otro especialista deberá hacerse.

1.16. Curso y pronóstico de la conducta antisocial

Vásquez et al (2010) indican que según el inicio del trastorno disocial puede producirse entre los 5 o 6 años de edad, desarrollándose al final de la infancia o al inicio de la adolescencia, el curso puede ser variable en algunos casos puede desarrollarse en la edad adulta.

El pronóstico de estos casos puede ser favorable en la vida adulta en ocasiones logran una adaptación social y laboral adecuada, si la persona inicio el problema precozmente el pronóstico no es favorable y existe un mayor riesgo en la vida adulta de sufrir un trastorno antisocial de la personalidad asociado a trastorno por consumo de sustancias.

También existe mayor riesgo de que las personas antisociales sufran de problemas de estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastornos somatomorfos y trastornos por consumo de sustancias.

1.17. Conducta antisocial durante la adolescencia

Peña y Graña (2000) indican que es evidente la alta estabilidad y continuidad que presenta a lo largo del tiempo la conducta antisocial, las conductas antisociales y las manifestaciones agresivas y/o violentas difieren en cuanto a su topografía en relación al estadio evolutivo de desarrollo en el que se encuentre el adolescente.

La mayoría de problemas de violencia se encuentran marcados entre la primera adolescencia la cual comprende las edades de diez a trece años y la segunda adolescencia entre las edades de catorce a diecisiete años que incluso suelen ser más peligrosas debido al desajuste emocional, biológico y social.

Kazdin y Buela (2005) claramente señalan que para evaluar la conducta antisocial es importante evaluar, de inicio, los factores que se encuentran en el entorno del niño o el adolescente siendo los más importantes los siguientes: La adolescencia es una etapa llena de cambios para el individuo y gran parte de los autores coinciden en informar de un aumento en la probabilidad de ocurrencia de conductas denominadas “de riesgo” o antisociales (Estévez, 2007). De ahí la preocupación y el interés por analizar los comportamientos de los mismos.

La conducta antisocial en la adolescencia generalmente tiene una estrecha relación con el consumo y el abuso de sustancias (Contreras, Molina y Cano, 2012). La participación de adolescentes en actos antisociales y delictivos es una amenaza potencial para el desarrollo individual, social y económico de un país (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2003).

Así mismo, las vivencias personales de los adolescentes son muy particulares en algunos casos: “mi padrastro mucho me pegaba y me escapé de mi casa”, recuerda Carlos, uno de los 790 niños o adolescentes en situación de calle de La Paz, tiene 14 años y vive en la calle, lejos de la violencia intrafamiliar, asegura que está mejor sin un hogar, ya que en la calle nadie le dice nada ni me prohíben hacer cosas. (La Razón 13 de septiembre de 2015).

Otro adolescente relata: “vivo en las calles hace como cuatro años, me gano la vida cargando las bolsas de las señoras en el mercado o a veces mendigando. Mis padres me dijeron que me fuera porque tenían muchos hijos y que no podían mantenerme”, relata Margarita, de 15 años (La Razón 13 de septiembre de 2015).

Entretanto, Loreta recuerda que ingresó a una pandilla por razones sentimentales porque era víctima de los golpes de su padre. Recuerda que quien más le tranquilizaba para que no tome una decisión fatal fue su enamorado, quien es parte de la pandilla que ahora es mixta, porque se unieron las denominadas “Crazies” con algunos componentes de otro grupo conocido, como los “Batos locos”. *“Ahora mi padre ya no me golpea mucho, porque una vez, cuando me pegó con un cable, mis amigos le dieron una paliza para que no me vuelva a tocar. Cuando llegó a mi casa yo me oculté en la cocina, desde ese día es que no hablo con mi padre, pero tampoco me pega”*, explica Loreta. (El Diario 13 de enero de 2017).

Las vivencias subjetivas de los adolescentes están asociados a la experiencia que revelan, Diener (1993), manifiesta que el bienestar subjetivo posee componentes estables y cambiantes al mismo tiempo. La aparición de los eventos se manifiesta en función del efecto negativo y positivo predominante.

El perfil de los individuos con comportamiento antisocial generalmente está asociado a un alto grado de impulsividad (López, 2008) o el rechazo hacia las normas (Povedano, 2012). Los comportamientos de los adolescentes dentro de las conductas que se encuentran fuera de la norma se pueden entender de dos formas: las conductas antisociales y las conductas delictivas (Formiga, 2003). Una vez identificado el problema nos plantearemos los siguientes objetivos de intervención en el desarrollo laboral.

1.18. Prevalencia de la conducta antisocial

Las tasas de prevalencia varían en distintos estudios epidemiológicos debido a las diferencias entre clínicos e investigadores respecto al número de los síntomas necesarios para el diagnóstico, la gravedad, quienes brindan información (padre, madre, profesorado...) y/o al instrumento de medida utilizado para evaluar la conducta antisocial.

Tomando como referencia los datos aportados por los manuales estadísticos, el DSM-IV consideró una prevalencia entre 6% y 16% en chicos, y entre 2% y 9% en chicas.

Posteriormente, el DSM-IV -TR-(2003) situó la prevalencia por encima del 10%, y el DSM-IV (2014) entre el 2 y 10%. Un estudio sobre el perfil psicosocial de los adolescentes españoles (Serrano Rodríguez) reveló que un 80% estaban frecuentemente asociados a conductas antisociales disminuyendo a medida que la conducta antisocial era más grave.

El estudio de Redondo y Sanches - Meca (2003) concluye que entre el 81,1% y el 84,6% de los jóvenes reconoció haber realizado conductas prohibidas/delictivas, aunque fue considerablemente menor el porcentaje que informaron de actos claramente antisociales. El estudio de Rechea (2008) con adolescentes de 12 a 17 años también evidenció que el 72% había realizado conductas antisociales o delictivas en el último año.

Estos datos muestran la alta participación de jóvenes en actos antisociales. La conducta antisocial es uno de los problemas más habituales en la niñez y adolescencia (muchos menores en tratamiento lo están por agresividad, problemas de conducta y conducta antisocial), es una amenaza para el desarrollo individual y social, y por consiguiente un objeto de estudio de gran relevancia.

1.19. Conducta antisocial: diferencias entre sexos

Las investigaciones que han explorado la conducta antisocial en ambos sexos muestran resultados contradictorios. La revisión de Escandroglio. (2002) evidenció que los primeros estudios sobre la participación femenina en bandas callejeras juveniles informaban que esta participación era escasa, y que las mujeres manifestaban menos conductas delictivas que los varones. Sin embargo, estudios realizados en las últimas décadas sugieren un mayor nivel de participación de las chicas y también un incremento de sus conductas violentas. No obstante, pese a los cambios evidenciados siguen existiendo diferencias entre sexos.

La mayoría de los estudios han encontrado diferencias significativas con mayor frecuencia de conductas antisociales en los adolescentes varones.

Otras investigaciones sugieren que estas diferencias son mayores en la infancia (Alvares y Carralero-2004), disminuyendo en la adolescencia, mientras que algunas no encuentran diferencias entre sexos en la conducta antisocial (Bringas, Herrero, Cueta y Rodríguez 2006), ni en el uso de estrategias agresivas de resolución de conflictos interpersonales relacionadas con la conducta antisocial.

La reciente revisión de Lancot (2005) concluye que hay pruebas sólidas de una brecha entre sexos en conducta delictiva y antisocial, siendo los niños más antisociales que las niñas, sin embargo, la magnitud de esta brecha no es constante en el tiempo o en el espectro del comportamiento criminal o antisocial.

En el debate sobre sexo y género, el estudio de Ma (2005) encontró que:

- Los chicos eran más antisociales que las chicas;
- La conducta delictiva se relacionaba positivamente con la masculinidad; y
- La conducta delictiva en el grupo femenino fue significativamente menor que en los otros tres grupos de rol de género (masculino, andrógino e indiferenciado).

En similar dirección, Moreira y Mirón (2013) concluyeron que:

- Los antecedentes de la desviación de ambos sexos eran una débil vinculación a contextos convencionales y pertenencia a un grupo desviado;

Estos contextos contribuyen al desarrollo de la identidad de género; y

- La identidad de género incide sobre la probabilidad de desviación: la femineidad tiende a reducirla mientras la masculinidad (especialmente aspectos socialmente no deseables de la masculinidad) aquí falta alguna palabra o un par para completar la frase.

1.20. La conducta antisocial: diferencias en función de la edad

Los estudios que en los últimos años han analizado la evolución de la conducta antisocial con la edad en general confirman que la conducta antisocial aumenta con la edad (Pérez

fuentes 2011- Rechea 2008), desde la infancia, a la adolescencia/juventud. Se observan puntuaciones más bajas durante la preadolescencia y adolescencia temprana, que aumentan a medida que aumenta la edad -mayores puntuaciones a los 16-17 años que incrementan aún más a los 18- (Sabrina Uribe 2009-Bringas et al 2006). hallaron microdiferencias en comportamientos antisociales en función de la edad que indican que los más pequeños (14-15 años) son los que menos realizan comportamientos correspondientes a actitudes de conflicto, diferenciándose claramente de los otros dos grupos de edad.

Los de edades intermedias, 16-17 años, se diferenciaban de los pequeños por realizar más comportamientos de conflictividad normativa y de falta de consideración del otro, aunque las diferencias no fueron significativas. Y los mayores (18-20 años) no se diferencian del grupo intermedio (16-17 años), pero sí de los pequeños (14-15 años), realizando más conductas antisociales que los de menor edad.

Complementariamente, Moffit y Cspi (2009) encontraron que las diferencias de género eran mayores en las personas con comportamientos delictivos que empiezan en la infancia (ratio 10:1) en comparación con las diferencias de género entre las personas que empiezan con actos delictivos en la adolescencia (ratio 5:1). Sin embargo, algunos estudios con niños y adolescentes no han encontrado diferencias con la edad (García y Dacosta (Revisar esto porque algunos escriben Da Costa junior ,2008; Vera et alt 2010).

1.21. Conducta antisocial: diferencias en función del nivel socio-económico-cultural

Los pocos los estudios que han analizado el efecto del nivel socio-económico en la conducta antisocial, en general, concluyen que a menor nivel socio-económico mayor nivel de conducta antisocial. En este sentido, Sejio et alt (2008) confirmaron más comportamientos antisociales en los adolescentes que vivían en barrios más deprimidos socioculturalmente. Y la reciente revisión de Lanctot (2005) también enfatizó que las condiciones económicas adversas pueden ser un factor de influencia en la conducta antisocial de las chicas.

1.22. Definiciones bienestar psicológico

El bienestar psicológico es un concepto surgido en Estados Unidos que se fue precisando a partir del desarrollo de las sociedades industrializadas y del interés por las condiciones de vida. El concepto de bienestar psicológico ha sido asociado con la calidad de vida y bienestar social (Casullo, 2002).

García, (2002) refería al nivel de vida, haciendo alusión al bienestar objetivo, el cual, analizaba las condiciones de vida en un nivel puramente económico, para darle cabida al término “calidad de vida” que inicialmente fue de tipo cuantitativo y que desde la década de los setenta ha sido inspiración de un gran número de estudios, los cuales no sólo han abordado aspectos demográficos y variables vinculadas con el bienestar humano, sino posteriormente el estudio de las diferencias personales atendiendo a factores objetivos.

Anguas (2000) define como la percepción propia que las personas hacen sobre su situación física y psíquica, lo cual no necesariamente coincide con la apreciación concreta y objetiva que se genera de la evaluación que desde el exterior se hace de aquellos indicadores de ambas situaciones.

Desde esta perspectiva, existen datos cuantificables que se necesitan tener en cuenta para medir el bienestar, tales como indicadores económicos de una sociedad, la desigualdad social, las libertades políticas, el respeto por los derechos humanos, la existencia de situaciones de pobreza y marginalidad, los conflictos bélicos, el desempleo crónico, etc. Desde una mirada subjetiva del bienestar, se considera como tal a la percepción que la persona tiene sobre los logros alcanzados en su vida, el grado de satisfacción personal con lo que hizo, hace o puede hacer. Es decir que, los indicadores subjetivos evalúan las percepciones de los sujetos sobre sus condiciones de vida y su satisfacción ante ellas.

En opinión de Díaz Llanes (2001), el bienestar subjetivo o felicidad ha intrigado a los pensadores a través de milenios; sin embargo, su investigación sistemática, data sólo de unas tres décadas, en donde, se presume que es la evaluación de las personas hacen de sus vidas, e incluye una dimensión cognitiva (que se refiere a la satisfacción con la vida

en su totalidad o por áreas específicas como la matrimonial, laboral, etc.), y otra afectiva (relacionada con la frecuencia e intensidad de emociones positivas y negativas), que por razones de una compleja interacción generan en el individuo percepciones que abarcan un visión de vivencias que transita desde la agonía hasta el éxtasis.

Según Diener y Diener (1995) existe un consenso respecto a la ausencia de modelos teóricos explicativos acerca de qué es causa y qué es efecto en el tema de la satisfacción personal, y también se concuerda acerca de las deficiencias metodológicas en el campo de la investigación del constructo “bienestar”.

Según García Viniegras y González Benítez (2000), el bienestar es una experiencia personal vinculada al presente, que también tiene proyección al futuro, ya que se relaciona con los logros humanos.

Veenhoven (1995) considera que, así como el estado natural biológico del organismo es la salud, en el área psicológica esa disposición natural la constituye el bienestar psicológico, ya que es el grado en que un individuo juzga globalmente su vida en términos favorables. En relación a la asociación del bienestar con la salud, Casullo (1998), utiliza en el concepto de bienestar psicológico como sinónimo de salud mental.

Uno de los más destacados investigadores en el campo del bienestar psicológico fue E. Diener, de la Universidad de Illinois. Él ha constatado que lo fundamental para que las personas sientan bienestar es que hayan experimentado frecuentemente y de forma prolongada un tono de ánimo positivo, y con poca frecuencia y duración estados de ánimo negativos. (Avia, Vázquez, 1999).

Para Diener (1995) el alto bienestar depende de la apreciación positiva que perdura a lo largo del tiempo, y el bajo bienestar depende del desajuste entre las expectativas personales y los logros alcanzados.

De acuerdo a Anguas (2000) una de las actitudes del individuo que no se desarrolla, mantiene y redonda en una mejor calidad de vida, supone estar fundamentalmente

“interesado en nosotros mismos” y poner nuestros propios intereses ligeramente por delante de los de los demás.

Por otra parte, Diener (1994) señala que son tres los componentes del bienestar subjetivo: el primero, se refiere al aspecto cognitivo, denominado, satisfacción con la vida, mientras que los otros dos elementos, siendo independiente uno de otro, hacen referencia al marco de las emociones y se denominan afecto positivo y afecto negativo.

El componente de satisfacción con la vida incluye una valoración de todos los aspectos de la vida del individuo, incorporando una medición positiva, la cual sobrepasa la ausencia de factores negativos (Diener, 1995); por otro lado, el afecto positivo consiste en emociones placenteras o sentimientos como alegría y felicidad, mientras que el afecto negativo hace referencia a emociones no placenteras o sentimientos como tristeza y temor.

En torno a estos elementos, Vera (2003) comenta que existen diversas variables predictivas que son las que determinan la presencia, ausencia o impacto de cada componente, como por ejemplo las variables de tipo atributivas; el género, la edad, el nivel socioeconómico y educativo, todos ellos, sometidos a investigación, con el propósito de determinar si existen o no relaciones significativas o si estos factores son capaces de ser predictores del bienestar subjetivo.

Por su parte, Cuadra y Florenzano (2003) partieron de innumerables controversias llegando al consenso de que el bienestar tendría una dimensión básica y general que es subjetiva; y otra que el bienestar estaría compuesto por dos facetas básicas: una centrada en los aspectos afectivos-emocionales (repeticiones de ánimo del sujeto) y otra centrada en los aspectos cognitivos-valorativos (referidos a la evaluación de satisfacción que hace el sujeto de su propia vida).

1.23. Modelo multidimensional del bienestar psicológico

El desarrollo de la psicología en el terreno de la salud mental se basa en concepciones que explicaban el malestar de las personas, descuidando los aspectos generadores de la salud o salugénicos (Ryff y Keyes, 1995).

Según Ryan y Deci (2001), el concepto de bienestar ha sido especialmente estudiado en las últimas décadas siguiendo dos enfoques diferentes:

- Como el bienestar subjetivo
- Como el bienestar psicológico

La primera perspectiva considera que el bienestar consiste en la felicidad subjetiva y se relaciona con la experiencia de placer (afecto positivo) al elaborar un juicio sobre la propia vida. (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999).

La segunda visión del concepto incorpora la multidimensionalidad constructural (Ryff, 1989) y se lo asocia con una virtud directamente relacionada con la salud mental. Se trata de un estado de funcionamiento pleno del sujeto, enfatizando el aspecto cognitivo además del afectivo.

El punto de vista de Carol Ryff se relaciona con la concepción de bienestar como virtud, en el sentido de la búsqueda constante de la excelencia personal. También puede relacionarse con las nociones de ajuste psicosocial y de cumplimiento de tareas evolutivas.

Ryff (1989) critica los estudios clásicos sobre satisfacción diciendo que en ellos se ha considerado al bienestar como la ausencia de malestar o trastornos psicológicos, ignorando las teorías sobre la autorrealización, el ciclo vital, el funcionamiento mental óptimo, y el significado vital.

Según Schmutte y Ryff (1997), los estudios mencionados como antecedentes en este trabajo parecen señalar que una persona se siente satisfecha con su vida cuando

experimenta por más tiempo afectos positivos, identificándose así, implícitamente, al bienestar fundamentalmente con la personalidad y los afectos.

1.24. La psicología positiva

Tradicionalmente la psicología se ha orientado hacia el estudio y comprensión de las patologías y las enfermedades mentales, logrando un cuerpo de conocimientos que ha permitido generar teorías acerca del funcionamiento mental humano y al desarrollo de nuevas terapias farmacológicas y psicológicas para la enfermedad mental.

Seligman y Csikszentmihalyi (2000) postulan que este énfasis de la psicología clásica en la enfermedad la ha hecho descuidar los aspectos positivos, tales como el bienestar, el contento, la satisfacción, la esperanza, el optimismo, la felicidad, etc., ignorándose los beneficios que éstos presentan para las personas.

En este contexto, surge la psicología positiva con el objetivo de investigar acerca de las fortalezas y virtudes humanas y los efectos que éstas tienen en las vidas de las personas y en las sociedades en que viven.

En el nivel individual, indaga sobre rasgos tales como la capacidad para el amor y la vocación, el valor, las habilidades interpersonales, la sensibilidad estética, la perseverancia, el perdón, la originalidad, la espiritualidad, el talento y la sabiduría. En el nivel social explora las virtudes ciudadanas como la responsabilidad, el altruismo, la civilidad, la tolerancia y el trabajo ético, y las instituciones que instan a los individuos a adquirirlas.

La orientación positiva de la salud parte de una estrategia general de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978, 1984, 1986) que reconoce la importancia de:

- Los indicadores positivos de salud (desarrollo personal, bienestar, etc.)
- La educación y la promoción de la salud.
- El llegar a disponer de individuos y comunidades competentes.

- La salud como un recurso para conseguir y disfrutar de una mejor calidad de vida para todos.

Este enfoque positivo (que prioriza la salud en vez de la enfermedad) tiene como uno de sus principales representantes al psicólogo social israelí Antonovsky (1979, 1987), que analiza al sujeto dentro de un continuum salud-enfermedad, tratando de identificar cuáles son los factores que favorecen que la persona se sitúe en el extremo positivo.

Originalmente (1979), el autor señalado consideraba que los sujetos con alto nivel de bienestar psicológico eran aquellos que tenían experiencias estresoras bajas, pero más tarde descartó esta hipótesis al considerar a los estresores como inherentes a la condición humana.

Antonovsky considera que, para hacer frente a un estímulo perturbador, se genera un estado de tensión contra el cual el sujeto debe luchar. El grado de adecuación en el control de esa tensión determina que el resultado sea patológico, neutral o salugénico.

Sintetizando este modelo, se puede afirmar que:

- Conduce a rechazar la dicotomía gente sana – gente enferma a favor de la localización en un continuum multidimensional.
- Señala necesario investigar la historia del ser humano, incluyendo la enfermedad.
- En vez de focalizarse sólo en los estresores, se centra en el afrontamiento a los mismos.
- Más que considerar los estresores omnipresentes como patológicos necesariamente, considera que pueden ser asumidos como situaciones a resolver, y, por lo tanto, se centra en el fortalecimiento de los recursos de la salud.
- Se facilita la adaptación activa del organismo a su ambiente.
- Se tienen en cuenta los casos desviados, como, por ejemplo, quienes permanecen sanos en condiciones de estrés.

Desde esta perspectiva positiva, el conocimiento de los factores que hacen posible el manejo de la tensión es la clave para promover el logro de la salud o el bienestar.

Las estrategias de afrontamiento, al ser moduladoras de la tensión que se origina frente al estrés pueden obrar como verdaderos escudos protectores salugénicos, ya que determinan (junto a otros factores asociados) el nivel de vulnerabilidad del sujeto ante estas situaciones.

En el siguiente apartado se considerará la importancia de los factores protectores en general, incluyendo, por supuesto, a la capacidad de afrontamiento productivo como uno de ellos.

1.25. Los hábitos saludables

Es definido como el modo de conducta adquirido, es decir, una reacción aprendida que supone la tendencia a repetir y a reproducir ciertas acciones bajo las mismas circunstancias, la formación del hábito es el aprender a percibir, a imaginar, recordar, a sentir, a pensar o actuar en formas particulares bajo circunstancias especiales (Kelly, 1982), lo nombrado anteriormente resalta que el hábito es adquirido dependiendo del contexto y ambiente cultural el cual se desenvuelva la persona y se convierte en una costumbre de por vida.

Por esta razón, al momento de analizar los hábitos de una persona a través de la categoría de estilos de vida permitirá conocer si el ámbito genera un orden simbólico que conduce las decisiones de las personas en la elección. Según Álvarez y Álvarez (2009). Definen el estilo de vida son una serie de pautas o conductas que son seguidas por un grupo en particular que conciben en su forma de vivir, emplear su tiempo libre, hobbies, gastar su dinero entre otras, esto conlleva a que la vida es un conjunto de patrones que estructuran a la sociedad que está en constante cambio. En el estilo de vida están vinculados hábitos, valores, actitudes, tendencias, consumos entre otras, definida como "un conjunto de prácticas más o menos integrado que un individuo adopta no sólo porque satisfacen necesidades utilitarias, sino porque dan forma material a una crónica concreta de la identidad del yo" Beck, Guiddens y Lash (1997 citado en Águila, 2004), esto nos da a entender que las personas siempre estarán estructuradas por diferentes conductas

orientadas siempre a satisfacer cierta necesidad sea para reducir el riesgo de padecer una enfermedad futura o una dieta que está llevando para conservar su apariencia física.

Se enfatiza que el hábito es un modo especial de proceder o conducirse, que se muestra por repetición de actos iguales o semejantes, además puede ser originado por tendencias instintivas. **“Somos lo que hacemos repetitivamente. La EXCELENCIA, entonces, no es un acto; es un hábito” Aristóteles.**

1.26. Tipos de hábitos

Ahora bien, dentro de la amplitud de los hábitos se debe distinguir que estos pueden desarrollarse en el ámbito de lo físico (asociados a nuestro organismo), afectivos (aquellos vinculados con la relación del individuo con su entorno inmediato como ser pareja, amigos, familiares), sociales (costumbres típicas de un grupo, comunidad, grupo), morales (estos indican la manera correcta o incorrecta de proceder en la vida y de alguna manera los que determinarán que una persona sea considerada buena o mala), y los intelectuales que de manera importante implican a nuestro intelecto.

Para finalizar estos aspectos, cabe destacar que la responsabilidad por los hábitos que se tienen puede ser limitada. En efecto muchos de ellos son incorporados en la infancia o en edades tempranas, cuando aún no se tiene una clara idea de sus consecuencias. También puede suceder que tanto los buenos como los malos hábitos sean adquiridos por influencia del medio externo, también al tratarse de familia puede ser un hábito interno. Pues, se debe tener presente, prestar toda la atención a todos ellos y así usarlos a nuestro favor, siendo siempre de manera positiva.

Con todo lo mencionado anteriormente mis (Revisar) funciones fue la de elaborar un programa de acuerdo a la identificación del problema de las conductas y las tareas asignadas fueron realizar las respectivas evaluaciones y reforzamiento a la población de la comunidad.

1.27. Vulnerabilidad de los niños y adolescentes

Los niños que viven en las calles afrontan eventos duros que afectan a su desarrollo integral, siendo las esferas físicas, cognitivas y principalmente la afectiva emocional perturbadas. De estos eventos dramáticos cabe resaltar que la vida en la calle está llena de violencia ya sea de las mismas personas llamadas por ley a protegerlos como la policía, entre grupos o pandillas, como también por la sociedad en su conjunto al estigmatizarlos y acosarlos debido a los prejuicios que todavía se sostienen.

Debido al estilo de vida que llevan los niños en la calle, presentan una compleja manera de desarrollarse ya que se ve afectado por perturbaciones psicosociales. Por ejemplo, cuando se reconocen como personas indeseadas, rechazadas lo que provoca en su subjetividad una baja autoestima, y al no tener más alternativas solo la soportan y la sufren, por lo que la mayor parte del tiempo están angustiados.

Los niños y adolescentes se ven muy relacionados con las drogas y su consumo; los inhalantes, que son los de mayor acceso por su economía, cumple la función de suprimir el hambre y el dolor como medio para pertenecer al grupo y también para suprimir estados de ánimo como la soledad, el miedo, la angustia o para hacerse de valor y enfrentar el frío de la calle. Otra problemática que se observa en la población de niños y adolescentes en la calle está relacionada con el establecimiento de relaciones de pareja y embarazos, cada vez a edades más tempranas. Por otro lado, la situación de violencia sexual comercial, la trata y tráfico de personas son algunas de las problemáticas que complican aún más la situación de la población de niños, adolescentes que viven en las calles.

1.28. Causas de la salida a la calle

Las causas que originan la expulsión o salida de los niños a la calle y posterior abandono, se relacionan con múltiples factores como la separación familiar, violencia intrafamiliar en sus diferentes formas, el alcoholismo, drogadicción, comportamiento disocial de padres, violencia de parte de la madrastra o el padrastro, en algunos casos deficiencias

mentales, distorsiones de personalidad de los progenitores, orfandad y quedar a cargo de familiares, como anteriormente se mencionaron. Escuchemos algunas voces de niños, cuyas identidades las mantenemos en reserva:

“Cuando mi mamá falleció mis tres hermanos con mi papa nos hemos quedado, vivíamos pero hasta que un día mi hermano se salía y desaparecía, luego mi papá trajo una señora nos dijo que era nuestra tía, ella nos pegaba “huaso” (demasiado) y después yo le he seguido a mi hermano “chilita” (pequeño, menor) vendía dulces en la Buenos Aires he aprendido, torraba en la Graneros en los puestos azules, tenía plata y así no he llegado a mi casa, con mi hermano nos veíamos, él estaba en Casa de paso (Proyecto de Fundación Arco Iris) y yo también he ido y allí estaba y era “saltón” (peleador). V.A.Q.”

El entorno familiar pierde su carácter cohesionador y se convierte en un ambiente que expulsa a los niños, nadie puede vivir en un lugar donde no existe afecto, donde no se es apreciado, donde la forma de comunicación es el golpe, la amenaza, la intimidación, donde las comparaciones y el rechazo son el argumento de reflexión permanente.

“Mi mamá me pegaba huaso (demasiado), yo sentía que era rechazado porque todo me hacían hacer, de todo, me gritaba que no debía haber nacido, era como si no quisieran que esté con ellos (su familia), mi mamá parece que no me quería, un día he salido de mi casa y ya no he regresado, estaba caminando en las calles, en la Camacho, era grave en la calle, ahí me he conocido con unos chicos y me han llevado a dormir al Obelisco (monumento al soldado desconocido)”.

F.A.M. “Vivía con mi mamá, mi padrastro y mis hermanitos, un día mi padrastro me llevó a pasear al centro y en la San Francisco estábamos esperando micro y me dijo que le esperara un rato y ahí paradito casi todo el día le esperado y nunca se ha aparecido y como yo no conocía, se ha hecho de noche y estaba asustado, me ido a un rinconcito y me he dormido en la puerta del Lanza (mercado antiguo)”.

J.I.C. “Siempre había problemas en mi casa por falta de plata (dinero), mi papá me pegaba cuando estaba borracho, después salía a lustrar zapatos lo que ganaba le daba

a mi mamá a veces era poquito. Después de un tiempo unos 3 meses cuando él estaba borracho me ha pegado harto, me he vuelto a salir y de miedo ya no he llegado a mi casa, me quedado en la calle, estaba durmiendo en la calle, me conocí con unos amigos caminábamos por el Prado, Pérez y por el Tokio (barrio chino)”.

N.Ch.C. “Yo me salí porque mi padrastro me golpeaba y un día llegó en la noche y me golpeo hasta que se cansó me dejó mal y ya que no podía caminar bien y cuando se dormían me escapé de rodillas porque no podía pararme por los golpes...”

B.A.Ch. “Yo salía a trabajar y a veces no llegaba a mi casa porque gastaba mi dinero, mi madrastra por eso me pagaba y me daba miedo llegar a mi casa así, la primera vez me perdí dos días y luego una semana y finalmente dos meses y poco más salí a vivir a la calle”.

La salida de los niños y adolescentes marca un momento en su historia de vida que no logran olvidar, el recuerdo que guardan del día de su salida es como una fotografía de los lugares donde fueron, personas con quienes conversaron, actividades que hicieron, los olores, sonidos, no importa los años que pasen, todo lo que hicieron ese día se mantiene en el recuerdo.

La experiencia vivida al interior de la familia para muchos niños, adolescentes y jóvenes, cierra la posibilidad de retorno, en algunos casos pierden el contacto con sus familiares al punto de olvidar sus nombres y el lugar donde vivían antes de salir a la calle.

En una mayoría (70%) de los casos, la ruptura y pérdida de contacto familiar es circunstancial y temporal. Detrás de aquellos casos donde la ruptura es definitiva, hay una historia que no quieren volverla a vivir los niños.

En este momento surge una pregunta, que quizá no sea respondida o simplemente no se la quiera o pueda creer, ¿qué tan dura habrá sido la vida en la familia para que un niño entre 6 a 12 años tome la decisión de salir a la calle y haga de este su espacio de vida?, como si la calle fuese un espacio libre de violencia.

Cada niño representa una historia diferente, sin embargo, el factor común que resalta cuando se produce el encuentro entre los niños que viven en la calle es la violencia vivida en todas sus expresiones.

1.29. Condiciones de vida en la calle

Estando en la calle las condiciones cambian por la interacción que tienen en su nuevo entorno con sus pares, personas desconocidas y servidores públicos (gendarmes, policías y guardias de seguridad privada, comerciantes y otros). Ahora son otros los actores que se incorporan en esta parte de la historia.

En cuanto a los NAJ's (Niños, adolescentes y jóvenes) comienzan a vivir en "libertad", deambulan por las ciudades de la Paz y El Alto sin horarios que cumplir, manifiestan actitudes de desorganización de tiempo y espacio, van perdiendo sus hábitos de higiene, consecuentemente sienten el deterioro de su estado de salud, pernoctan en "torranteras" (lugares donde duermen, construidas por ellos mismos), se apropian de casas abandonas, cuando consiguen algo de dinero duermen en los "telos" (alojamientos de baja calidad e insalubres), ausencia de afectividad, experimentan una nueva forma de seguridad, protección y aceptación en el grupo, construyen sus propias normas, valores, códigos y rituales "callejeros", para el ingreso al grupo el NAJ's debe demostrar valentía al desafiar a pelear a alguien del grupo, se hacen "feites" (cortes en brazos, pecho, etc.) en el cuerpo, retos de demostración según al grupo de pertenencia.

El consumo de inhalantes como alcohol y drogas están relacionadas con conductas de valentía para realizar actividades "disociales" y no sentir frío por las noches, establecen contactos con personas vinculadas en actividades delictivas, su actitud y la forma de resolver sus necesidades reflejan el inmediatismo, traducido como el vivir para el momento. Relato de algunos niños y adolescentes que viven en la calle.

"Cuando me he escapado de mi casa he ido al centro y no conocía a nadie, dormía en las tarimas de la Garcilaso, me hacía mucho frío, buscaba comida y alguna que otra vez robaba comida y golosinas".

D.A.P. “...hasta la gente te discrimina o te miran feo porque andas sucio, de frío, sin comida, hay días que no desayunaba, no comía...”.

W.M. “Le ayudaba a una señora que vendía salchis, hamburguesa en un kiosco ambulante solo en las noches y me dejaba dormir en un rinconcito”.

H.S. “Se dormir en el soldado con otros cuates, ... de un lado entrábamos y de otro salíamos”, “... me sentaba en las gradas de Elis (restaurant) y ahí esperaba a que salga una señora, nos sabe invitar comida...”.

V.O. “No conocía la calle recién cuando he salido y sé llorar diciendo que me he perdido, algunas personas me consolaban otros querían llamar a mi papá y otros me han regalado plata, eso me dado cuenta y ya lloraba y me regalaban plata cada vez...”.

V.H.M.C. “... con mi hermanito sabemos subir al árbol de la América ¿al medio no ve hay?, ahí dormíamos, una vez me caído huaso me lastimado...”

J.Q. “cuando te agarran los “tombos” (policías) te pegan sin motivo, si no les das plata o lo que tengas te patean, saben decirnos, tienes una hora para aparecer con plata, si no les das, te encuentran y te pegan huaso”.

La calle no puede ni debe ser un espacio de vida para ninguna persona y menos para un niño, va contra la naturaleza humana.

1.30. Características de los niños y niñas adolescentes en situación de calle

La mayoría de las características de los niños y niñas adolescentes en situación de calle, es que son migrantes de primera y segunda generación, provienen de las provincias del altiplano, los Yungas y del interior del país, que en principio se asentaron en zonas urbano-populares tanto en la ciudad de La Paz como en la ciudad de El Alto.

Las edades en la que van saliendo a la calle son de 6 y 8 años, pero la mayor concentración de población está entre los 13 y 16 años de edad.

Los rasgos físicos de los niños denotaban descuido en su higiene, cabello alborotado y sucio, el rostro quemado por el sol, rajada y sucia, los pies sucios y con hedor, algunos con bajo peso y estatura para la edad que les correspondía.

A nivel de conductas, las características de los niños y niñas adolescentes en situación de calle, en general, se muestran irreverentes a las normas de convivencia social, falta de respeto, son autónomos en sus acciones, no dependen de nadie que sea adulto, impulsivos, arriesgados, intolerantes, retraídos, indiferentes, agresivos, desconfiados, manipuladores, desconfiados, algunas veces autoritarios con sus pares, aunque su lealtad al grupo al cual pertenece es inquebrantable.

A nivel de salud, la mayoría presenta desnutrición grave y aguda tanto en peso/edad como en talla/edad, padecían de infecciones respiratorias, sarcoptosis, algunos con enfermedades gastrointestinales, caries, o con infecciones de transmisión sexual.

El consumo de alcohol e inhalantes o droga como la marihuana es recurrente al vivir en la calle.

Las marcas o cicatrices en distintas partes del cuerpo (cara, antebrazos o estómago) son los llamados “feites” (cortaduras con armas punzocortante de quemaduras de cigarrillo), hechos en momentos cuando son traicionados por su pareja, o producto de alguna venganza, en algunos casos se lo hacen ellos mismos cuando están con el efecto de consumo de sustancias o simplemente para demostrar valor y estatus frente al grupo y de esta forma demandar el liderazgo.

En cuanto al proceso educativo, manifiestan deserción escolar por lo que las dificultades de aprendizaje se hacen más evidentes, muchos de ellos ni siquiera fueron inscritos en la escuela, por lo que el interés por volver a la escuela o colegio es muy bajo.

Esconden su verdadera identidad, cambian el nombre o el apellido o ambos para no ser encontrados por sus familiares, se ponen sobrenombres, apodos o las llamadas “chapas o motes”.

En su dinámica de vida en calle desarrollan actividades independientes, se desplazan por toda la ciudad o donde existe mayor actividad comercial, conformando grupos de 5 a 8 o 15 personas de diferentes edades, entre hombres y mujeres, identificados con el “líder o protector”, organizados para generar dinero, algunos trabajan lustrando calzados, cuidando autos en las noches, vendiendo caramelos, cigarrillos en los bares, cantinas o restaurantes; el hurto o el robo se incorpora como una actividad disocial vinculada a la necesidad de “sobrevivencia”.

El nivel de comunicación verbal que manifiestan las características de los niños y niñas adolescentes en situación de calle es fluida y utilizan algunos términos de la jerga callejera del lenguaje delincencial conocido como “coba”.

La realidad de esta población de niños, adolescentes y jóvenes que viven en las calles de nuestra ciudad, es muy compleja por todo lo expuesto hasta ahora, sin embargo, hay algo por hacer, respetando sus individualidades, trabajando en la construcción y validación del modelo psicosocial implementado y actualizado permanentemente, como producto de la lectura constante de la realidad en la que viven en la calle.

La implementación y reformulación del modelo psicosocial del programa, realizado a partir de la evaluación interna en la que se analizaron las metodologías desarrolladas y los resultados alcanzados, mostraron la necesidad de cambiar el enfoque que nos planteaba el desafío de pasar de un programa cuyo foco estaba orientado a la atención y resolución de las necesidades de forma inmediata, a un programa de apoyo al desarrollo integral de los niños, adolescentes y jóvenes con el enfoque de la resiliencia como eje articulador del quehacer educativo.

Los antecedentes asociados a esta población son impresionantes considerando que en la gestión 2003 el castigo físico fue ejercido contra aproximadamente 2 millones hijos(as) y el psicológico contra 1,8 millones en Bolivia cuando a la población total asciende a 4.1 millones de niños, niñas y adolescentes.

El 89.5% de los maltratos a niños y adolescentes se producen dentro del seno de la familia, según datos revelados por las Defensorías de la Niñez y Adolescencia. Los progenitores se constituyen en los principales agresores, sumando un 77%, ya que en 44.7% de casos el agresor es el padre del menor, en 32.9 % lo es la madre y en 2% el padrastro. En 2006, aproximadamente 2.200 niños, niñas y adolescentes vivían en situación de calle en Bolivia, según un reporte del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), y en 2010 se calculaba que esa cantidad se había reducido a 1.250. Sin embargo, no se realizó un censo (La Razón, 13 de septiembre de 2015). Resulta alarmante que aproximadamente tres de cada cuatro que sufren abusos, reciban estos malos tratos precisamente de las personas que debieran proporcionarle un hogar seguro y ser sus principales modelos a imitar.

El elemento afectivo constituye muy importante en la experiencia subjetiva en los niños y adolescentes contiene el agrado experimentado por la persona con sus sentimientos, emociones y estados de ánimo más frecuentes, componentes en cierta medida están relacionados. Una persona que tenga experiencias emocionales placenteras es más probable que perciba su vida como deseable y positiva.

1.31. La adolescencia

La adolescencia es una etapa en la que el individuo se encuentra en continuo cambio. En muchos manuales se conceptualiza como el inicio de la vida adulta o como el final de la infancia y no como una fase diferente con aspectos y referencias específicas y claramente distintas de la infancia y la vida adulta (Salinas, 2003).

La adolescencia se inicia aproximadamente a los 12 años en las mujeres y a los 13 en los varones, es entonces cuando aparece el periodo de la pubertad. En esta etapa se distinguen dos momentos diferenciados: la preadolescencia o periodo de la pubertad y la adolescencia. Se comentará en las siguientes líneas el desarrollo que se produce en los distintos planos de las dos etapas, respectivamente.

1.32. La preadolescencia

Es en la preadolescencia donde se produce una intensa actividad hormonal y, por tanto, los cambios físicos que ya conocemos, en mujeres y varones: menstruación, vello púbico, primera eyaculación, aumento de estatura, senos, caderas, fuerza física, desarrollo muscular. Con respecto al desarrollo cognitivo, en este período puede imaginar lo que podría ser, y ya no confunde lo real con lo imaginario, aunque a veces es fantasioso.

Se desarrolla su espíritu crítico y usa con mayor facilidad los procedimientos lógicos: análisis, síntesis y al mismo tiempo discute para probar su capacidad y seguridad del adulto. En cuanto a su desarrollo tendencial tiene necesidad de independencia de sus padres, por tanto, quiere libertad y para ello emplea la desobediencia. A lo que al desarrollo afectivo se refiere, en la etapa preadolescente fluctúa gran intensidad de emociones y sentimientos y con ello una desproporción entre el sentimiento y su expresión.

El sujeto controla poco las manifestaciones externas que se traducen en tics nerviosos, muecas, gestos bruscos y gritos extemporáneos. Se pasa de la agresividad a la timidez fácilmente. En cuanto a su desarrollo social, además de la emancipación e independencia con respecto a los padres ya anteriormente comentada, busca también la protección de estos. El individuo tiene la necesidad de afiliación y de sentirse aceptado y reconocido por lo de su entorno, de valorarse y de afirmarse. Su interés se centra en el deporte, la diversión, etc. En esta edad, tiende a la separación entre chicos y chicas y tienen gran curiosidad por todo lo relacionado con la sexualidad.

Esta difícil etapa de la vida es en la que generalmente comienza el consumo de alcohol y tabaco. Y, lo que es peor, el peligroso momento de ingreso en el mundo de la droga, tan extendido en nuestros días. Desarrollo cognoscitivo: La adolescencia es el ciclo donde madura el pensamiento lógico formal. Su pensamiento es más objetivo y racional. Es capaz de raciocinar de un modo hipotético deductivo.

El adolescente sueña con los ojos abiertos, se refugia en un mundo fantasmagórico donde se mueve a sus anchas, ya que mundo real no satisface sus expectativas. Es también la edad de los ideales. El adolescente descubre valores y trata de capturarlos para sí y para los demás. Aunque este hecho no afecta a todos los adolescentes. Depende de la formación recibida. Para el desarrollo motivacional vamos a seguir los pasos de Schneiders sobre los motivos que interesan en esta edad a los adolescentes como la necesidad de seguridad que se funda en un sentimiento de certeza del mundo interno (estima de sí, de sus habilidades, de su valor intrínseco, de su equilibrio emocional, de su integridad física) y externo (economía, su status en la familia y en el grupo).

El adolescente puede sufrir inseguridad por los cambios fisiológicos, la incoherencia emotiva o por la falta de confianza en los propios juicios y decisiones. Existe una necesidad de independencia, emocional, intelectual, volitiva y libertad de acción. Se trata de una afirmación de sí donde existe una necesidad de integración, necesidad de afecto, sentir y demostrar ternura, admiración, aprobación, necesidad de experiencia que se manifiesta en las necesidades vicarias (TV, cine, lecturas, conversaciones, redes sociales, deportes, juegos). Por esto mismo se meten en actividades poco recomendables como alcohol, drogas, etc. Desarrollo emotivo: la adolescencia es el periodo de mayor inestabilidad social, por tanto, está lleno de riqueza y originalidad.

El adolescente es variado en su humor. Sus acontecimientos le obligan a rechazar hacia el interior las emociones que le dominan, de ahí la viveza de su sensibilidad que al menor reproche se le verá frecuentemente rebelde, colérico. Por el contrario, una manifestación de simpatía, un cumplido o una palmadita en la espalda le pondrán radiante, entusiasmado, gozoso. Desarrollo social: los desarrollos anteriormente comentados agilizan el proceso de socialización. En este proceso se desarrolla en el adolescente oscilaciones tales como los vaivenes entre confianza y desconfianza en sí mismos. excitación y depresión, trabajo y ocio, buen humor y llanto.

Atraviesan vaivenes entre sociabilidad e insociabilidad, tratables e intratables, delicados e hirientes; vida heroica y sensualidad. En esta época aparecen rivalidades y luchas para

obtener el poder y ejercerlo sobre los demás. Prueba sus fuerza física y así se convierte en agresivo, lo que se manifiestan con ciertos actos exteriores (se golpean unos a otros), palabras agresivas (se insultan), manifestaciones reprimidas y ocultas, agresividad contra sí mismos, agresividad contra las cosas.

La situación del adolescente frente a la familia es ambivalente. Por una parte, está la emancipación progresiva de la familia, lo que implica un riesgo; y por otra, el adolescente percibe que su familia es fuente de seguridad y ayuda, con miedo a perderla. La escuela favorece la reorganización de la personalidad sobre la base de la independencia (emancipación de los padres, la constitución de grupos, status autónomo fundado sobre su propia acción,), aunque también puede presentar obstáculos. La amistad entre adolescentes se caracteriza por la sinceridad, el altruismo, la delicadeza. Se presumen de tener los mismos gustos y opiniones, se imitan, se tienen mutua confianza, se quieren con exclusividad, se sacrifican unos por otros. Entre ellos predominan los grupos primarios, se reúnen con frecuencia, participan de las mismas diversiones, peligros y emociones.

El grupo proporciona al adolescente sentimiento de seguridad, protección y solidaridad, ayuda a emanciparse de los padres, reduce el conjunto de frustraciones, facilita las amistades y es una escuela de formación social.

1.33. Desarrollo sexual

En el momento en que los adolescentes tienen preocupaciones sobre su desarrollo sexual, comentan y tratan solo en un clima de gran confianza y complicidad. La tensión sexual que tienen los adolescentes es el resultado de tres tipos de estimulantes que operan de forma compleja: la acción del mundo exterior, la influencia de la vida psíquica y la acción del organismo. No hay que olvidar que es en esta edad cuando el adolescente comienza a tener las primeras atracciones sexuales.

1.34. Desarrollo moral

la moral para los adolescentes es un comprometer todo su ser a la búsqueda de la imagen ideal de sí mismo, donde pone a prueba la fuerza de la voluntad, la solidez de las posibilidades y cualidades personales. Hay algunos valores morales que ellos prefieren por ser más brillantes, más nobles y porque existe un don de sí más absoluto: el sentido del honor, la valentía, la lealtad y la sinceridad.

Con todo ello, llegamos a la conclusión de que la adolescencia es un periodo crítico o sensible porque durante estos años el adolescente debe afrontar una serie de retos y tareas, y asumir unos compromisos, que le ayudarán a construir su identidad personal y a iniciar una determinada trayectoria evolutiva. Todas sus experiencias durante estos años van a tener unos efectos duraderos, aunque no necesariamente irreversibles, sobre su desarrollo futuro (Oliva, 2004).

Asimismo, podemos inferir que la presencia de grupos juveniles que actúan al margen de la ley, están presentes con mayor incidencia en las tres principales ciudades del eje troncal del país. El más afectado es el departamento de La Paz, según el informe elaborado por el Viceministerio de Seguridad Ciudadana, del Ministerio de Gobierno.

De acuerdo con estos datos, en la ciudad de La Paz la cifra llega aproximadamente a 6.385 componentes; le sigue Santa Cruz, con 5.083; El Alto, 2.200; Oruro, 2.055; Cochabamba, 1.935; Chuquisaca, 1.077; Tarija, 812; la zona Sur de La Paz, 755; y el departamento de Potosí, 591 miembros, todos distribuidos en las mencionadas 700 pandillas juveniles.

La sede del Gobierno está afectada por el 46 por ciento del total, con 328 organizaciones delictivas de este tipo. Le sigue Santa Cruz, con 180 grupos (25%) y Cochabamba, con el 10 por ciento; en total, 77 pandillas juveniles identificadas.

El estudio revela que el consumo de bebidas alcohólicas, junto a estupefacientes, es elevado en estos grupos, que operan principalmente en el departamento de La Paz (50,7%), Santa Cruz, Cochabamba y Oruro. (El Diario, 15 de marzo de 2016)

CAPITULO II

DESARROLLO LABORAL

2.1. Objetivos de la intervención laboral

2.1.1. Objetivo general

- Describir la elaboración y ejecución del programa de hábitos de vida saludables que puedan aplicar a su vida cotidiana como parte del bienestar psicológico y físico, enfocadas a mejorar la calidad de vida en niños, niñas y adolescentes de la Fundación Alalay.

2.1.2. Objetivos específicos

- Producir un documento para fortalecer estilos de vida saludable promoviendo la práctica de ejercicio físico saludable, como parte de cuerpo saludable.
- Elaborar una planificación, organización a través de la optimización del tiempo como parte de tarea saludable.
- Promover la reflexión para recuperación de la armonía emocional, desarrollando actividades de relajación, creatividad, asertividad y comunicación, como parte de mente saludable.

2.2. Descripción de las funciones y tareas

2.2.1. Funciones de educador

Dentro las funciones de educador fue identificar las conductas negativas (conductas antisociales) de la población dentro de las normas sociales de convivencia, estas conductas fueron evaluadas cada jueves por el equipo multidisciplinario “psicólogo, trabajadora social y educador” una vez identificadas estas conductas negativas y repetitivas, se asignaba tareas al educador para poder reforzar las conductas de convivencia social y también trabajar conductas negativas.

Se tomó como base de referencia el cuestionario de conductas antisociales-delictivas A-D para poder identificar y discriminar el tipo de conductas que manifestaban (antisocial-delictiva), para su posterior identificación de conductas repetitivas y así poder trabajar en ello.

Tomando en cuenta que los problemas de conducta pueden convertirse en un obstáculo importante para su desarrollo adaptativo, aunque el curso evolutivo de estos problemas pueda ser variable, existe el riesgo de que se agraven abarcando cada vez más áreas del comportamiento de los niños adolescentes. De hecho, las investigaciones muestran que los problemas de conducta tempranos se relacionan con una amplia variedad de problemas de conducta y de salud durante la adolescencia, tales como el rechazo por parte de los amigos, el consumo de drogas, la depresión, el abandono escolar y la delincuencia (Campbell, 1991; Webster-Stratton y Hammond, 1997). Estos desajustes podrían perdurar durante la vida adulta, dando lugar a estilos de vida antisocial y persistente de difícil tratamiento (Lahey y Loeber, 1994; Romero, 2001; Simonoff y cols., 2004).

2.2.2. Funciones específicas de educador en la fundación ALALAY:

- Recuperación de la habitualidad a través del establecimiento de horarios para dormir, despertar, higiene personal, limpieza de espacios, preparado de alimentos, lavado de ropa, de material de dormitorio y otros.
- Establecer compromisos en la construcción de acuerdos relacionados con la convivencia social al interior del hogar
- Actividades para la identificación de necesidades y deseos en la interacción.
- Elaboración de actividades según las necesidades de crecimiento personal.
- Contención afectiva emocional en espacios de trabajo individualizado de acuerdo a la problemática.
- Resolución de conflictos al interior de la población de forma individual y colectiva, con supervisión del psicólogo.

- Espacios de espacio espiritual colectiva a través de asambleas semanales y reuniones de evaluación.
- Actividades de afirmación y confirmación de esfuerzos y logros en base al desempeño de actividades tanto individuales como colectivas.
- Apoyo y acompañamiento en el área educativa y de asistencia a la escuela.
- Organización de actividades para la elaboración el plan de vida de corto, mediano y largo alcance.
- Fortalecimiento de habilidades y destrezas para la orientación de los procesos de capacitación y formación sociolaboral de los adolescentes y jóvenes.
- Evaluación del desarrollo de conductas saludables a través de la organización de reuniones mensuales de evaluación, planificación,
- Contención afectiva emocional.
- Supervisión de visitas familiares.
- Actividades de desarrollo de metas
- Incorporación de jóvenes a procesos de tecnificación y de formación profesional.
- Talleres de orientación en el manejo adecuado de los recursos económicos y organización en la estructura del plan de vida
- Capacitación y elaboración el plan de vida incorporación a fuentes laborales para un proceso de independencia.

2.2.3. Funciones del departamento de psicología

Asimismo, dentro la asignación como psicólogo de la casa Villa Dolores fue la de trabajar en las conductas negativas y repetitivas, que constantemente manifestaba la población institucionalizada, desde mentiras, agresividad, hurto de comestibles, fugas de la casa hogar, etc. Una vez identificadas las conductas con mayor frecuencia se trabajaba de manera individual y una evaluación grupal, por otro lado, estas conductas negativas no parecían eliminarse en su totalidad, de esa se trabajó con elaboración, coordinación y ejecución de un programa de implementación hábitos de vida saludables para el

fortalecimiento de bienestar psicológico y físico de la población y su posterior paso a las siguientes etapas y su futura reinserción social.

Si bien el bienestar psicológico es un concepto amplio que incluye dimensiones sociales, subjetivas y psicológicas, así como comportamientos relacionados con la salud en general que llevan a las personas a funcionar de un modo positivo.

Asimismo, el bienestar psicológico puede variar en distintas culturas, de acuerdo a sus prioridades culturales.

Se enfatiza que el hábito es toda conducta que se repite en el tiempo de modo sistemático, por lo que debe quedar claro que un hábito no es una mera conducta asidua, sino que debe ser de un grado de regularidad que se confunda con la vida del individuo que lo ostenta.

Todas las personas tienen arraigados una serie de hábitos que tienen notable influencia en sus vidas, hasta el punto de determinar los éxitos y los fracasos en diversas actividades. Es por ello que es de suma importancia fijar la atención en las conductas recurrentes que se han incorporado. Muchas de estas son totalmente inconscientes, por lo que es necesario algún grado de introspección para identificarlas. La mayoría empero, puede vislumbrarse con facilidad, aunque es difícil tanto incorporar una como eliminarla si es necesario.

Ahora, se debe tomar en cuenta que también existen malos hábitos y buenos hábitos; pues los buenos hábitos son aquellos que encaminan la existencia personal a la consecución de objetivos que mejoran la calidad de vida. Deben determinarse en función de la satisfacción que generen a quien los posea, así pueden ponerse de ejemplo el hábito de estar informado de adecuarse, de hacer ejercicio de mantener la higiene, alimentarse de manera saludable, etc.

Por el contrario, los malos hábitos tienen consecuencias negativas para nuestras vidas, siendo fuente de insatisfacciones y muchas veces de vicios. Algunos de ellos son notoriamente dañinos y difíciles de eliminar. Pueden ponerse de ejemplo la excesiva

ociosidad, despilfarro de dinero, fumar, beber en exceso, etc. y por caso es que a muchas de estas conductas de las llega a llamar vicios porque los mismos son considerados por la mayor parte de la sociedad como prácticas que rayan lo depravado y lo inmoral. Por lo tanto, si existen o no excesos a favor de los malos hábitos, lo ideal es evitar estos últimos y promover en uno mismo y en el entorno inmediato que nos rodea la práctica de los buenos hábitos.

2.3. Líneas de acciones implementadas

De acuerdo a lo trabajado en dicha institución se puede presumir que los estilos de vida y trabajos saludables generan de manera inmediata una repercusión directa y positiva en el estado de salud, ya sea de manera física, psicológica, emocional, etc. pues sus efectos se evidencian en una buena salud por parte de los niños, niñas y adolescentes demostrando y expresando vitalidad, energía, estado de ánimo y humor, reducción de los niveles de estrés y agotamiento, hasta un mejor descanso reparador.

De acuerdo a lo descrito se propuso las siguientes líneas de trabajo:

- CUERPO SALUDABLE
- MENTE SALUDABLE
- TAREA SALUDABLE

En el siguiente cuadro se muestra el esquema de trabajo dentro del programa elaborado con los lineamientos, áreas de trabajo y actividades:

CAPÍTULO III
PROGRAMA DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE

| N° | LÍNEA DE TRABAJO | OBJETIVOS | ACTIVIDADES | DESARROLLO | TIEMPO | MATERIAL |
|----|------------------|---|---|--|--|--|
| 1 | Cuerpo saludable | <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer estilos de vida saludable | <ul style="list-style-type: none"> • Caminatas | <ul style="list-style-type: none"> • Actividad programada: A diario por espacios al aire libre (parques) y salidas al campo (un día del fin de semana). | <ul style="list-style-type: none"> • 1 hora de caminata | <ul style="list-style-type: none"> • Mapa con los lugares de visita |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Promover el conocimiento y la práctica de | <ul style="list-style-type: none"> • Bailes | <ul style="list-style-type: none"> • Actividad programada: Primer viernes de cada mes, en espacio al aire libre (parques) | <ul style="list-style-type: none"> • 1 hora de baile | <ul style="list-style-type: none"> • Música, radio, parlantes |

| N° | LÍNEA DE TRABAJO | OBJETIVOS | ACTIVIDADES | DESARROLLO | TIEMPO | MATERIAL |
|----|------------------|--|---|---|---|--|
| | | ejercicio físico saludable. | | | | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Aprender a manejar una - correcta respiración. | <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de relajación física | <ul style="list-style-type: none"> • Actividad programada: A diario en espacio cerrado fuera de la influencia de factores externos | <ul style="list-style-type: none"> • Media hora diaria | <ul style="list-style-type: none"> • Equipo de sonido, colchones , espacio cerrado. |

| N° | LÍNEA DE TRABAJO | OBJETIVOS | ACTIVIDADES | DESARROLLO | TIEMPO | MATERIAL |
|----|------------------|--|--|---|--|--|
| 2 | Mente saludable | <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar actividades que promuevan la armonía emocional, y la capacidad de identificar sus propias aptitudes y mejorar el estado de ánimo y aumentar la | <p>Trabajar en la capacidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje • Concentración • Creatividad • Imaginación • Comunicación • Estado de ánimo | <p>Actividad programada de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de respiración, meditación, relajación y rutina de estiramiento. • Se promueve y difunde cursos y talleres. • Jornadas de convivencia grupal | <ul style="list-style-type: none"> • Talleres y cursos el primer lunes de cada mes por 1 hora. • Paseo al campo de una vez al mes. | <ul style="list-style-type: none"> • Radio, música y colchones . • Data show • Papelógrafos • Implementos de |

| N° | LÍNEA DE TRABAJO | OBJETIVOS | ACTIVIDADES | DESARROLLO | TIEMPO | MATERIAL |
|----|------------------|---|---|---|--|--|
| | | determinación personal | | | | excursion es |
| 3 | Tarea saludable | <ul style="list-style-type: none"> Promover la planificación, organización y optimización del tiempo como herramienta para | <ul style="list-style-type: none"> Orden y aseo personal y de sus espacios diarios Organización y solidaridad | <ul style="list-style-type: none"> Higiene personal y del entorno (camas, cuartos, baños). Organización y limpieza de los espacios comunes (patio, cancha, comedor, biblioteca) | <ul style="list-style-type: none"> Lunes a viernes en la mañana (08 am) en la tarde (14 | <ul style="list-style-type: none"> Implementos de aseo personal y grupal. |

| N° | LÍNEA DE TRABAJO | OBJETIVOS | ACTIVIDADES | DESARROLLO | TIEMPO | MATERIAL |
|----|------------------|----------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|----------|
| | | reducir la carga de actividades. | | | pm) duración de 30 minutos | |

Estos se basaron en hábitos de vida saludable con reforzamiento y sensibilización diaria y evaluación semanal con el equipo multidisciplinario correspondiente.

LÍNEAS DE TRABAJO

3.1. CUERPO SALUDABLE

El concepto de salud, en un sentido amplio, no solo implica la ausencia de dolor o enfermedades, sino que para tener salud hay que alcanzar un cierto estado de equilibrio personal y de bienestar en todos los sentidos: físico, psicológico y social.

La salud es uno de los bienes más valorados a cualquier edad, es especialmente más importante en el caso de los niños, es preciso estar atentos a su desarrollo asegurándonos que crecen con normalidad y con una buena adaptación al ambiente. Un estado deficitario de salud puede alterar los procesos de desarrollo normal y generar problemas crónicos tanto en la infancia y posterior vida de adulto.

Una razón de suma importancia que justifica un especial cuidado a la salud de los niños y niñas adolescentes porque es una etapa muy importante para el desarrollo de hábitos saludables. Los niños aprenden a través del ejemplo de los adultos y de la práctica diaria a cuidar y valorar su salud. De esta forma manteniendo los hábitos saludables, estamos educando y fortaleciendo un cuerpo saludable.

De acuerdo a este planteamiento el programa debe hacer que la población se sienta responsable de su salud y que aprenda a identificar los riesgos que tienen algunas situaciones que, como a conocer los comportamientos que contribuyen a mejorar nuestra calidad de vida, y no solo vivir en las mejores condiciones

físicas y emocionales posibles, sino también a entender la vida y a uno mismo como algo valiosos, importante y que merece la pena ser cuidado y protegido.

LÍNEA DE TRABAJO

| LÍNEA DE TRABAJO | OBJETIVO | ACTIVIDAD | DESARROLLO | TIEMPO | MATERIALES |
|------------------|---|--|--|---|--|
| CUERPO SALUDABLE | <ul style="list-style-type: none"> Fortalecer estilos de vida saludable | <p>Caminatas y consumo de agua y frutas, cada fin de semana.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Actividad programada: A diario por espacios al aire libre (parques) y salidas al campo (un día del fin de semana). | <ul style="list-style-type: none"> Una hora de caminata | <ul style="list-style-type: none"> Mapa con los lugares de visita. Una botella de agua y frutas de la época. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Promover el conocimiento y la práctica de ejercicio físico saludable. | <p>Bailes y deporte</p> | <ul style="list-style-type: none"> Actividad programada: Primer viernes de cada mes, en | <ul style="list-style-type: none"> Una hora de baile o deporte | <ul style="list-style-type: none"> Música, radio, parlantes, micrófono. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Aprender a manejar una | <p>Ejercicios de relajación</p> | <ul style="list-style-type: none"> espacio al | <ul style="list-style-type: none"> • Media hora | <ul style="list-style-type: none"> Cuerdas de saltar y balón. |

| | | | | | |
|--|--------------------------|--|--|--|---|
| | correcta respiración. | | aire libre (parques) • Actividad programada: A diario en espacio cerrado fuera de la influencia de factores externos | | • Equipo de sonido, colchones, espacio cerrado. |
|--|--------------------------|--|--|--|---|

3.2. MENTE SALUDABLE

En psicología, el concepto de mente comprende el conjunto de actividades y procesos, tanto conscientes como inconscientes, de carácter psíquico, tales como la percepción, el razonamiento, el aprendizaje, la creatividad, la imaginación o la memoria.

La mente es lo que nos permite tener conciencia subjetiva y como tal no ocupa un lugar físico, de allí que sea un concepto abstracto y se la asocia generalmente con el cerebro, que es el órgano en el cual tienen lugar estos procesos, pero se diferencia de este en que, mientras la mente es estudiada por disciplinas como la psicología y la psiquiatría, el cerebro es abordado desde la biología en función de los procesos físicos y químicos que tienen lugar en él.

La Organización Mundial de la Salud se refiere al bienestar mental como un estado en el que la persona es consciente de sus propias aptitudes y es capaz de hacer frente a las presiones diarias, lo que le permite trabajar de forma productiva y contribuir a la comunidad. La buena salud mental es parte integral de la salud, así que no hay salud sin una mente sana, e igual de importante que es mantener la salud física, también es fundamental mantener la salud mental y cuidar nuestro cerebro.

Éste es uno de los órganos fundamentales de nuestro cuerpo. Sin embargo, como no duele es habitual que se olvide la importante función que desempeña para tener un buen estado de salud general. Y ¿Cómo cuidar la mente/cerebro? Como dice una célebre frase “Mente sana en cuerpo sano” (del latín, *Mens sana in corpore sano*). Una mala salud física daña la mente, de la misma manera que el bienestar emocional protege la salud física.

El vínculo salud física y salud mental es bidireccional. Por tanto, mantener la mente sana pasa, entre otras cosas, por mantener unos hábitos de vida saludables.

Cada uno de nosotros tenemos una idea nuestra de nuestras cualidades y nuestros defectos de lo que somos y de lo que podemos hacer, a esta imagen que tenemos de nosotros mismos la llamamos autoestima y es absolutamente personal, tener una mente saludable fortalecería atener una autoestima positiva.

LÍNEA DE TRABAJO

| LÍNEA DE TRABAJO | OBJETIVO | ACTIVIDAD | DESARROLLO | TIEMPO | MATERIALES |
|----------------------------|---|---|---|--|---|
| <p>MENTE SALUDABLE</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar actividades que promuevan la armonía emocional, y la capacidad de identificar sus propias aptitudes y mejorar el estado de ánimo y aumentar la determinación personal | <p>Trabajar en la capacidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje • Concentración • Creatividad • Imaginación • Comunicación | <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de respiración, meditación, relajación y rutina de estiramiento. • Se promueve y difunde cursos y talleres. <p>Jornadas de convivencia grupal</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Talleres y cursos el primer lunes de cada mes por 1 hora. <p>Paseo al campo de una vez al mes.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Radio, música y colchones. • Data show • Papelógrafos • Implementos de excursiones |

3.3. TAREA SALUDABLE

Es el concepto básico de aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo. Hábito: Se refiere a toda conducta que se repite en el tiempo en forma regular y de modo sistemático. Vida saludable: Tiene factores determinantes como llevar una alimentación equilibrada, mantener hábitos higiénicos adecuados y disfrutar del tiempo libre.

Conocer la importancia de los hábitos de limpieza es fundamental para prevenir muchas enfermedades. Por eso, es importante saber sobre la relación entre salud e higiene. La salud y la educación son las encargadas de fortalecer y promover factores protectores de salud entre ellos la higiene y los hábitos saludables, desde un enfoque de calidad de vida, derechos y participación.

La higiene personal y del entorno va mucho más allá de las meras prácticas de aseo. Es uno de los componentes fundamentales de un estilo de vida saludable y se encuentra relacionada con otros temas como la alimentación, el ejercicio físico y la salud mental. En consecuencia, el aprendizaje de hábitos de higiene y cuidados personales cumplen funciones importantes en la formación integral de las personas.

Es muy importante tomar en cuenta que la infancia es la mejor etapa para que los niños aprendan comportamientos higiénicos y los apliquen durante el resto de sus vidas. Si los niños/as y adolescentes son involucrados en el proceso de desarrollo como participantes activos, pueden llegar a ser agentes de cambio dentro de las familias y un estímulo para el desarrollo de la comunidad.

Una tarea saludable es optimizar el tiempo tomando en cuenta que no solo significa trabajar más rápido, lo cual puede aumentar los márgenes de error, sino trabajar de manera inteligente, haciendo un equilibrio entre agilidad y calidad, dentro de nuestras tareas personales y grupales.

LÍNEA DE TRABAJO

| LÍNEA DE TRABAJO | OBJETIVO | ACTIVIDAD | DESARROLLO | TIEMPO | MATERIALES |
|------------------|--|---|---|---|--|
| TAREA SALUDABLE | <ul style="list-style-type: none"> • Promover la planificación, organización y optimización del tiempo como herramienta para reducir la carga de actividades. | <ul style="list-style-type: none"> • Orden y aseo personal y de sus espacios diarios • Organización y Solidaridad | <ul style="list-style-type: none"> • Higiene personal y del entorno (camas, cuartos, baños). • Organización y Limpieza de los espacios comunes (patio, cancha, comedor, biblioteca) | <ul style="list-style-type: none"> • Lunes a viernes en la mañana (08 am) en la tarde (14 pm) duración de 30 minutos | <ul style="list-style-type: none"> • Implementos de aseo personal y grupal. |

3.4. Resultados alcanzados

En los años de trabajo tanto como educador y posteriormente como psicólogo, fue de permanente aprendizaje y un trabajo de desprendimiento teniendo como línea fundamental la empatía con los niños y adolescentes. También se han logrado importantes resultados en los cambios de conducta los cuales han permitido construir hábitos saludables en un 70% de la población, dentro del programa elaborado. Por otro lado, el fortalecimiento para llegar a los objetivos trazados por la Fundación Alalay.

3.5. Conductas negativas

Un resultado favorable para la realización del **“PROGRAMA DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES COMO PARTE DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y FÍSICO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE CONDUCTA DE LA FUNDACIÓN ALALAY.”**

Fue la identificación de los comportamientos de los niños y niñas adolescentes dentro de las conductas que se encuentran fuera de la norma que pueden entender de dos formas, las conductas antisociales y las conductas delictivas, tomando conocimiento de dichos conceptos para el abordaje y elaboración del programa.

Tomando conceptos de varios autores, las conductas delictivas son aquellas que son merecedoras de un castigo por parte del Estado, es decir, aquellas que dentro del código penal se encuentran sancionadas por sus consecuencias directas a la sociedad. Estas conductas tienen una consecuencia más directa sobre el orden social establecido por el estado y las conductas antisociales, que son aquellas conductas que no respetan normas establecidas por la sociedad que van desde normas relacionadas con la limpieza hasta de respeto en las relaciones interpersonales. Este tipo de conductas están más enfocadas en causar molestia

entre los miembros de una comunidad más que retar el orden social establecido, son en su gran mayoría consideradas como simples travesuras.

En suma, un resultado favorable el aprendizaje y la discriminación estos dos conceptos que fue muy importante para identificar conductas negativas, ya que no se identificó conductas delictivas.

Dentro de estas conductas podemos citar el resultado de la identificación por parte de la población:

- a) Niños y niñas adolescentes capaces de identificar estas conductas negativas más allá de verlas como unas travesuras diarias.
- b) Educador capaz de diferenciar entre una conducta antisocial y delictiva, y su posterior trabajo en la conducta negativa.
- c) Psicólogo evaluación diaria haciendo énfasis en los tipos de conductas repetitivas y la elaboración de una tarea terapéutica

3.6. Línea de trabajos terapéuticos

El conjunto de lineamientos del programa de hábitos de vida saludable fue parte de los programas educativos y terapéuticos dentro de las etapas de la Fundación Alalay. Un programa que ha aportado buenas prácticas de hábitos saludables en la comunidad y un acercamiento entre profesionales de forma acertada. Algunas de estas experiencias de cooperación entre personal han sido de gran valor y sirvieron para plantearnos metas en el cambio de conductas negativas de la población.

El abordaje conceptual de los lineamientos de trabajo y nuestras competencias sobre políticas de salud comunitaria hacia un único programa de promoción de Hábitos de Vida Saludable, con una perspectiva sistémica e integral fortalecieron el trabajo planteado en el tiempo establecido de un año calendario, abordando las tres dimensiones fundamentales en la promoción de hábitos saludables.

3.7. Resultados generales:

- Favoreció la integración de la promoción y educación para la salud en la fundación Alalay.
- Fortaleció el tratamiento de la promoción y educación para la salud desde un enfoque integral.
- Ofreció estrategias para el desarrollo de las competencias.
- Facilitó al educador una herramienta para el manejo de conductas negativas de forma educativa en el desarrollo de los contenidos del programa.
- Favoreció la coordinación entre programas de la fundación.
- Promovió un cambio hacia metodologías activas y participativas para la adquisición de hábitos saludables.
- Fortaleció la formación a la comunidad educativa en materia de promoción de hábitos saludables.
- Puso a disposición de los de los programas recursos educativos y didácticos.
- Fortaleció el vínculo con la comunidad en promover cambios favorables hacia entornos negativos.
- Reconocimiento al programa para la promoción de Hábitos de Vida Saludable

3.8. Resultados cuerpo saludable

Con respecto a la categoría cuerpo saludable, los niños y niñas adolescentes tienen el concepto claro comprendiendo que los alimentos saludables son alimentos nutritivos que ayudan a mejorar el organismo aportando gran cantidad de vitaminas y minerales. Asimismo, la realización de actividades como caminatas diarias y ejercicios rutinarios ayudan al desarrollo del cuerpo saludable que contribuyen a una mejor calidad de vida. Apoyando lo

mencionado anteriormente se evidencia en las siguientes afirmaciones en la población participante del programa.

3.9. Evaluación de los aprendizajes en la población

| Criterio de evaluación | Indicador | Técnica | Instrumento |
|---------------------------------|--|----------------|----------------------|
| Comprensión de información | Aplica adecuadamente, técnicas para un adecuado trabajo en el área. | Escrita | Lista de análisis |
| Actitud ante el área de trabajo | Manifiesta interés, participación activa y expresa sus emociones. “Mi rutina al despertarme es realizar ejercicios y tomar un vaso de agua” “Trato de comer frutas en las mañanas” “Participo de las camitas” “Estoy aprendiendo a bailar bastante es bueno para crecer” | Observación | Ficha de observación |

Es válido resaltar que durante la realización de las evaluaciones de conocimiento a profundidad la población tiene conocimiento en común que las actividades físicas y la ingesta de alimentos de frutas y verduras fortalecen un cuerpo saludable.

3.10. Resultados mente saludable

En la categoría mente saludable dentro del programa será entendida como un estado de ausencia de tensión o activación que se manifiesta en tres niveles: fisiológico, cognitivo y comportamental, se pudo evidenciar que la población pudo identificar sus aptitudes, tomando en cuenta sus fortalezas y sus debilidades, ayudándolo de manera general en la recuperación de la armonía emocional el aumento de la capacidad emocional y creatividad y estar conscientes de todo lo que lo rodea, y su incursión en la participación en comunidad.

Asimismo, son conscientes que el aumento de la energía a través de la respiración es profundo y relaja el cuerpo y mente aumentado determinación y voluntad.

En este orden de actividades se realizaron jornadas de relajación, con enfoque grupal que favorecieron a más de la mitad de la población dando condiciones de hábitos saludables.

3.11. Evaluación de los aprendizajes en la población

| Criterio de evaluación | Indicador | Técnica | Instrumento |
|---------------------------------|---|-------------|--|
| Comprensión de información | Aplica adecuadamente, técnicas para un adecuado trabajo terapéutico. | Escrita | Cuestionario de análisis Reflexionan sobre sus aprendizajes: ¿Qué aprendí? ¿Cómo lo aprendí? ¿Se me presentó algún problema? ¿Cómo lo solucioné? ¿De qué manera puedo aplicar lo aprendido a nuevas situaciones? |
| Actitud ante el área de trabajo | Manifiesta interés, participación activa y expresa sus emociones. Valoran los aprendizajes desarrollados en el área, como parte de su proceso formativo. | Observación | Ficha de observación |

3.12. Resultados de tarea saludable

Esta categoría fue crucial para trabajar en el bienestar físico tomando en cuenta que la higiene, además de la limpieza que aumenta la sensación de bienestar personal y facilita el acercamiento de los demás y en consecuencia, mejora las relaciones interpersonales poniendo en práctica la higiene personal y del entorno tuvo como resultados población consciente del aseo personal y su entorno reconociendo los siguientes tipos de higiene

3.13. Evaluación de los aprendizajes en la población

| Criterio de evaluación | Indicador | Técnica | Instrumento |
|---------------------------------|--|-------------|---|
| Comprensión de información | Aplica adecuadamente, técnicas para un adecuado trabajo en tarea saludable | Escrita | Lista de análisis ¿Para qué asearse el cuerpo? ¿Cómo debemos asearnos adecuadamente? ¿Qué importancia tiene asearnos adecuadamente nuestros sentidos? ¿Por qué se produce las enfermedades? ¿Qué condiciones debe tener los ambientes en los que vivimos? Los niños responden oralmente. Finalmente, reflexionan sobre sus aprendizajes. |
| Actitud ante el área de trabajo | Valora los aprendizajes desarrollados en el área, como parte de su proceso formativo. <ul style="list-style-type: none"> • Higiene de los órganos de los sentidos • Higiene corporal • Higiene de vestuario • Higiene del entorno de convivencia | Observación | Ficha de observación |

3.14. DESEMPEÑO LABORAL

Durante el primer momento como educador en la institución, se inició con el desarrollo de la observación de la población del hogar y tomar conocimiento sobre cantidad de niños y/o adolescentes en relación a edad, sexo, procedencia, relación familiar actual, para desarrollar una perspectiva integral como educador, para lo cual es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión social y que tiene influencia sobre el individuo.

A partir de ello se desarrolló una visión basada en tres aspectos interrelacionados entre sí: el material, el social y el emocional. Bajo este orden de ideas se observó que se pueden promover hábitos diarios en los niños y/o adolescentes que pueden ser adoptados por ellos en su diario vivir para alcanzar un bienestar físico y emocional, y contribuir a tener un buen estado de salud, teniendo en cuenta que los estilos de vida saludables son todas aquellas actividades que se desarrollan para alcanzar un bienestar tanto físico como mental contribuyendo a mejorar la calidad de vida.

Estos hábitos diarios comprendieron en el apoyo en la organización y realización de sus tareas, apoyo escolar, limpieza personal y su entorno y sus espacios compartidos; además del apoyo psicológico en sus comportamientos visibles. A partir de ello el conocimiento adoptado fue el que estos niños en la institución, estaban ahí por una carencia material, emocional y social, por ser niños ante la sociedad invisible, niños que crecieron en familias disfuncionales, con padres alcohólicos, abandonados por ellos, que encontraron en la calle no solo un escape sino un refugio. A través de ello se llegó a conceptualizar sobre los niños en la calle y los niños de la calle, siendo estos dos conceptos distintos de acuerdo a su origen. Los niños de la calle, son los que permanecieron más de 2 años viviendo en la calle, viviendo en torrantes y teniendo su propia subcultura; y los niños en la calle, son niños que pasan el mayor tiempo en la

calle, ya que acompañan a sus padres vendiendo, son niños que venden en micros, en las calles en restaurantes, pero al final del día vuelven a casa.

A través de esta primera etapa, se pudo identificar conductas antisociales y conductas delictivas y que esto podría desencadenar en problemas de personalidad, desarrollar hábitos antisociales que podían desarrollar y han desarrollado conductas delictivas.

En un segundo momento en la institución con los niños y/o adolescentes, el procedimiento fue más de evaluación de estas conductas y el planteamiento de un programa que pueda reconstruir estas conductas observadas. El acercamiento como apoyo psicológico, bajo los lineamientos de la institución se observó que ellos tenían hábitos negativos, aislados de una convivencia armónica; a partir de ello se analizó que el programa de etapas de la institución debía reforzarse desde el punto de vista de hábitos, reforzamiento de hábitos buenos e insertar hábitos saludables.

Dentro del programa se realizó la supervisión todos los días los hábitos cotidianos saludables como aseo personal, limpieza de su entorno, orden y organización, así como el respeto a la autoridad. A continuación, se realizaba una evaluación semanal de cuáles eran los hábitos que cumplían o practicaban con frecuencia y se observó que se debía trabajar en hábitos de higiene y comportamientos; además de identificar al niño y/o adolescente que no tenía o no cumplía con los hábitos del programa y una vez identificado se debía trabajar con el equipo multidisciplinario conformado por un educador, psicólogo y trabajador social para poder reforzar en esos tres ámbitos e instaurar hábitos saludables. El trabajo en equipo, manejando el mismo lenguaje de fortalecimiento de hábitos saludables que promovía el equipo multidisciplinario, se podía alcanzar los objetivos de instauración de hábitos saludables en el niño y/o adolescente.

3.1. Aprendizaje laboral

Dentro del ámbito de aprendizaje laboral se puede mencionar que son todos los aspectos que han permitido la superación en el ámbito profesional como también el personal, en este sentido se realiza el siguiente resumen.

Al reforzar repetitivamente las conductas positivas “hábitos saludables” de manera diaria y mediante una evaluación semanal, se dieron pautas estables de comportamiento a la población, orientándolas a una mejora en su formación que les permitió a organizarse tanto a nivel personal como colectivo. Se considera como acciones repetitivas sobre un comportamiento. Si el comportamiento no es repetitivo entonces este se vuelve en una práctica o una acción aislada. Los estilos de vida están determinados por procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar la calidad de vida.

La investigación aportará al conocimiento objetivo de la situación de los adolescentes de la institución, desde la integralidad de sus actores al analizar las percepciones que tienen respecto a su entorno social familiar. Asimismo, permitirá establecer una línea base de intervención integral que repercutirá en el desarrollo social y emocional del adolescente. Por otro lado, desarrollar aportes muy importantes desde la psicología positiva en el abordaje de su experiencia de vida subjetiva para una comprensión social de una problemática que día a día va creciendo, y desde la reflexión social permitirá incidir en política públicas a nivel local, departamental y nacional.

Puntualizaciones de lo aprendido:

- Ser muy permisibles en las conductas negativas puede dar paso a inicio de conductas delictivas.
- El carisma y la actitud positiva son una fortaleza para el educador.
- Los voluntariados en instituciones son muy importantes para la experiencia académica y de formación profesional.

- La empatía hacia un solo niño dentro de una población rompe los lazos afectivos con la población.
- La resiliencia en el equipo multidisciplinario es muy importante para los logros del cronograma de actividades.
- La construcción de límites en la población son lineamientos adecuados para el desarrollo de formación en la infancia.
- Las conductas repetitivas frecuentemente van construyendo un hábito
- Los hábitos pueden determinar nuestros comportamientos aproximadamente en un 40% en el día.
- Es importante aprender cómo se forman estos hábitos poco saludables en nuestra vida voluntaria de cambio y mejora.
- Para cambiar un hábito se necesita intención de querer hacerlo o por obligación.
- Es muy importante diferenciar entre conductas antisociales de las delictivas para un cambio de conductas negativas.
- Es necesario trabajar en la motivación y la fuerza de voluntad para el cambio de conductas.
- Introducir el cambio dentro nuestra rutina como educador y psicólogo para enseñar con el ejemplo.

Manejamos dos herramientas para la elaboración del programa: la motivación y la fuerza de voluntad, que fueron estas herramientas que coadyuvaron para implementación del programa.

Estar motivado y nuestro deseo de cambiar la situación de comportamientos inadecuados fue clave para un cambio en las conductas de la población, la fuerza de voluntad la empleamos para alcanzar nuestros objetivos y metas.

3.15. Logros profesionales

Incorporación a las fundaciones ENDA – Bolivia, Hogar de niños ALALAY, KAYA Children en primera instancia como educador, facilitador y posteriormente como responsable del departamento de psicología

Mención honorífica y emblema de oro por el Comando Departamental de la Policía por el trabajo en la Brigada de Protección a la Familia,

Nombramiento como vicepresidente de la RED en contra de la violencia intrafamiliar de la Ciudad de El Alto.

Participación como expositor en la identificación de violencia género y en niños y niñas en situación de riesgo, en radiopatrulla 110, Universidad Pública de El Alto,

elaboración de cartillas informativas de la Ley 348 y juegos didácticos en razón de género con recursos económicos de UNICEF y Ministerio de Comunicación.

Invitación directa del Centro de Salud Sexual Reproductiva (CIES) de la ciudad de El Alto para la contención en crisis en el departamento de psicología.

Elaboración de programa de la ruta del agua, con el programa PICA.

3.16. Límites y dificultades

El trabajo realizado con la población del programa tubo muchas facetas, una de ellas hace referencia al incremento de conductas negativas, fugas frecuentes de algunos participantes, asimismo el retorno a la fundación con actitudes de desafío a la figura de autoridad, situación que dificultó el normal desarrollo del programa, contaminó a la población que presentaban un cambio leve de conducta cuando manifestaron actitudes y conductas diferentes a las habituales en la población, incumplimiento de tareas asignadas y se pudo evidenciar la gran influencia que tenían los niños que fugaron del hogar por corto tiempo ya

que estos adquirieron esas conductas en la calle con adolescentes que lindan con la mayoría de edad.

El seguimiento permanente permitió ver que los cambios que reflejaban eran recurrentes y se manifestaban con mayor claridad en el turno de noche y fin de semana debido a que solo se encontraba una sola figura de autoridad el educador.

La identificación de la problemática de consumo de droga en la dinámica de vida de algunos adolescentes nos plantea analizar y reflexionar en equipo y es en este espacio donde se determina trabajar en dos escenarios, por un lado con el grupo de niños, adolescentes y jóvenes que se encontraba al margen de esta problemática, con el cual se trabajaron actividades de cohesión grupal, de reflexión, sobre prevención del consumo de drogas, recogiendo experiencias que reflejaban las dificultades que habían vivido:

“...los borrachos son igual que los que se drogan de cualquier cosa se pican, en mi casa mi hermano mayor sacaba cosas de mi mamá para vender y conseguir plata para comprarse droga...” O.CH.

La dinámica de trabajo con el grupo que se encontraba consumiendo estaba enmarcada en el control social dentro y fuera del programa con la participación de los niños, adolescentes y jóvenes en todas las etapas. Paralelamente se fue trabajando en temáticas de familia, autoestima, autovaloración, habilidades sociales, resolución de conflictos y toma de decisiones, producto de este proceso algunos adolescentes y jóvenes retomaron sus objetivos a diferencia de otro grupo que decidió salir del programa.

“casco que te controlen, no me gusta que me molesten todo el rato, en la calle yo me voy a controlar solo....” L. B.

Todas las situaciones que viven los niños, adolescentes y jóvenes en el programa y fuera de este, no siempre son de conocimiento del equipo de educadores/as ni del mismo grupo de pares, no siempre se logra identificar con claridad cuáles son sus motivaciones o las situaciones subjetivas que viven en las diferentes etapas.

La estructuración de las relaciones de amistad que establecen los grupos en la dinámica de vida en calle se refuerzan al compartir historias de vida comunes, marcadas por la violencia, el valor de estas relaciones tiene mucho peso en el momento de tomar decisiones y más aún, cuando la decisión afecta la dinámica del grupo en la calle. En estas circunstancias se puede ver cuán difícil es dejar la calle para algunos niños y adolescentes, que pese a las dudas, chantajes o amenazas, algunos logran dar el paso hacia el programa. En estas circunstancias, las relaciones sociales con algunos NAJs en calle, se mantiene y se constituyen en factores de influencia permanente que tiende a desestabilizar los procesos iniciados en el programa, por lo que los NAJs en algún momento deciden salirse sin manifestar ningún motivo aparente, simplemente por volver con los amigos a la calle o irse con el compañero que acaba de tomar la decisión de salir del programa.

La opción socioeducativa inmediata en esta situación es la de mantener el contacto en calle y la posibilidad de retorno abierta, principalmente en las primeras etapas. En algunos casos por determinación de asamblea se suspende a los adolescentes que reiteradamente van rompiendo las normas (consumo de alcohol en el programa), frente a esta situación asumen desde afuera del programa, una actitud de influencia para provocar el consumo.

“...los que han sido suspendidos siempre están en el parque tomando con chicas

y chicos... ya no asisten al cole” L.A.M.A.

“...los chicos que estaban en el programa nos esperan afuera del aula libre para invitarnos vuelo.....” C.A.

En el ámbito profesional se tuvo muchas dificultades en la validación de informes psicológicos al no contar con el título académico a nivel profesional.

CAPITULO IV

DESCRIPCIÓN DE LA PROYECCIÓN PROFESIONAL

4.1. Planteamiento de futuros desafíos a nivel profesional

La meta fundamental es socializar con todas las instituciones que trabajan con esta población vulnerable, para que puedan tener como herramienta de trabajo y poder profundizar una investigación sobre conductas que desencadenan un comportamiento delincuencia, también realizar propuestas a los institutos de formación de maestros para que puedan tomar en cuenta e identificar las conductas antisociales de las delictivas, para su posterior trabajo en aula en la medida de su formación profesional.

Particularmente en el tema referido a la interacción social y la salud mental, es posible que nuestras sensibilidades hayan sido afectadas por los confinamientos, de tal manera que en algunos casos nos impida ver la dura realidad de las personas que viven en situación de vulnerabilidad. Como una forma de apoyar el desarrollo de la empatía en la comunidad y sensibilizarnos con los que atraviesan por situaciones de carencias, buscaremos alternativas para compartir y socializar esta experiencia de trabajo.

Consideramos que es importante compartir con instituciones que trabajan con poblaciones de personas que viven situaciones de vulnerabilidad, el potencial del enfoque a los hábitos saludables como elementos centrales de la recuperación de la población vulnerable.

En la formación profesional existe una motivación para continuar y llevar adelante procesos de especialización en la realización de diplomados en conductas antisociales, delictivas también en educación superior para compartir y construir experiencias, asimismo la meta de pertenecer al departamento de psicología de la Brigada de Protección a la Familia de la Policía Boliviana, al

mismo del plantel docente de la Facultad de Derecho en la materia de psicología criminal.

Bibliografía

- Anguas, A. (2000). *El bienestar subjetivo en la cultura mexicana*. México.
- Avia, M., & Vazquez, C. (1999). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Casullo, M. (1998). *Adolescentes en riesgo*. Buenos Aires: Paidós.
- Casullo, M., Brenlla, M., Castro Solano, A., Cruz, M., Gonzáles, M., Maganto, C., . . . Morote, R. (2002). *Evaluación del Bienestar Psicológico en Iberoamérica*. Buenos Aires: Paidós.
- Contreras, L., Molina, V., & Cano, M. C. (2012). *Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: Análisis de variables psicosociales implicadas*. *Adicciones*.
- Corsi, J. (2001). *Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.
- Cuadra, L., & Florenciano, R. (2003). *El bienestar subjetivo: Hacia una psicología positiva*. Santiago: Revista Psicológica de la Universidad de Chile.
- Díaz, L. G. (2001). *El bienestar subjetivo. Actualidad y perspectivas*. La Habana: Revista Cubana de Medicina General Integral.
- Diener, E., & Diener, M. (1995). *Cross - Cultural Correlates of Life Satisfaction and Self-Steem*. *Journal of Personality and Social Psychology*.

- Estévez, E., Murgui, S., & Musitu, G. (s.f.). Psychosocial adjustment in aggressors, pure victims and aggressive victims at school. *European Journal of Education and Psychology*.
- Farrington, A. (2005). *Trastorno Disocial (Evaluación, tratamiento y prevención de la conducta antisocial en niños y adolescentes)*. Madrid: Manual Moderno.
- Formiga, N. (2003). Fidedignidade da escala de condutas anti-sociais e delitivas ao contexto brasileiro. *Psicología em Estudo*, 133-138.
- Frias, M., & Diaz, S. (2003). Predictores de la conducta social juvenil: Un modelo ecológico. *Estudios de Psicología*, 15-24.
- García Viniegras, V., & Gonzáles Benítez, I. (2000). *El bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales*. La Habana: Revista Cubana de Medicina General Integral.
- Hernández Sampieri, R. (1998). *Metodología de la Investigación*. México.
- Kazdin, A., & Buela, G. (2005). *Conducta Antisocial (Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia)*. Madrid: Pirámide.
- López, C., Sánchez, A., Pérez-Nieto, M. A., & Fernández, M. P. (2008). *Impulsividad, autoestima y control cognitivo en la agresividad del adolescente*. EduPsykhé.

- López, J., & Valdéz, M. (2002). *Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV TR*. Barcelona: Masson.
- O.M.S. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Organización Mundial de la Salud, Washington.
- Peña, M., & Granda, J. (2006). Agresión y conducta antisocial en la adolescencia: Una integración conceptual. *Revista Psicopatología Clínica*.
- Perez, M. (2011). Alteraciones del comportamiento. *Revista N° 39*.
- Povedano, A., Hendry, L., Ramos, M., & Varela, R. (2011). Victimización escolar: Clima familiar, autoestima y satisfacción con la vida desde una perspectiva de género. *Psychosocial Intervention*, 5-12.
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials. *Annual Review of Psychology*, 141-166.
- Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological Well-Being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 719-727.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1069-1081.

- Schumutte, P., & Ryff, C. (1997). Personality and well being: Reexamining methods and meanings. *Journal of Personalidy and Social Psychology*, 549-559.
- Seligman, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 5-14.
- Tomas, U. (2017). *Conducta Antisocial*. Santiago.
- Vásquez, J., Palacios, M., & De La Peña, L. (2010). *Guía clínica para el trastorno disocial*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De La Fuentes.
- Veenhoven, R. (s.f.). *Developmentss in satisfactions research, social indicators research*.
- Vera, N., & Tánori, A. (2002). Propiedades psicométricas de un instrumento para medir bienestar subjetivo en la poblacón mexicana. *Revista de psicología*, 68-80.
- Vera-Noriega, J., Laborin, A., Dominguez, I., & Peña, R. (2003). Identidad psicológica y cultural del sonoreense. *Revista Región y Sociedad*.