

# LA INTERVENCIÓN CON ADOLESCENTES A PRINCIPIOS DEL SIGLO XXI

Trabajo de Fin de Grado de Psicología

Castellano Gil, Raquel  
Rodríguez Santana, Stephany

Tutor/a: Chloe García Poole

Curso 2015/16

Universidad de la laguna  
Facultad de Ciencias de la Salud - Sección de Psicología

## Resumen

El objetivo de este trabajo ha sido revisar una muestra de intervenciones dirigidas a adolescentes españoles, publicadas a principios de este siglo y clasificarlas según su enfoque, tema, ámbito de aplicación, alcance geográfico, género, situación psicosocial de los participantes, método de trabajo, momento e instrumento de evaluación, y resultados obtenidos. Se revisaron un total de 60 intervenciones encontrándose que, el enfoque estaba centrado en un 60% en la promoción, mientras que el 25% era de prevención y el 15% mixto. La salud física fue el tema donde se centraron el mayor número de intervenciones (33,3%); las demás intervenciones se centraban en la drogodependencia (25%), la convivencia (21,7%) y el desarrollo personal (20%). El método de trabajo empleada con mayor frecuencia fue el taller guiado (41,7%), seguido por la informativa-participativa (31,7%), el lúdico (11,7%), terapéutico (8,3%) y el informativo (6,7%). La mayoría de las intervenciones resultaron ser eficaces (86,7%). Como conclusión, hemos comprobado que este estudio descriptivo es de gran ayuda para entender el panorama español, y así, poder guiar a los profesionales a la hora de elaborar nuevos programas de intervención, centrados en aquellos aspectos que están menos investigados y que necesitan adquirir mayor relevancia.

Palabras claves: Intervención, Adolescentes, España, Promoción, Prevención.

## **Abstract**

The aim of this study was to review a sample of intervention programs, carried out with Spanish adolescents, that have been published during the beginning of this-century. We classified them attending to: type of approach, topic, intervention area, geographical scope, participants gender and psychosocial risk, work method, moment of evaluation and instruments used, and results obtained. A total of 60 interventions were reviewed. The results show that 60% of the interventions were promotional, while 25% were of preventive and 15 % combined both approaches. The majority of interventions where focused on physical health (33.3%) followed by drug use (25%), coexistence (21,7%) and personal development (20%). The type of work most often used was guided workshops (41,7%) followed by information-participation (31,7%), recreational (11,7%), therapeutic (8,3%) and only informative methods (6,7%). Most interventions were effective (86.7%). In conclusion, we found that this descriptive study is helpful to understand the Spanish panorama and can guide professionals to develop new intervention programs, focusing on those aspects that are less investigated and that need to acquire greater importance.

Key words: intervention, adolescents, Spain, Promotion, Prevention.

## Índice

<b>Resumen</b> .....	1
<b>Abstract</b> .....	2
<b>1. Introducción</b> .....	4
1.1 La adolescencia.....	4
1.2 Los programas de intervención con adolescentes.....	6
1.3 La evaluación de los programas de intervención con adolescentes.....	8
<b>2. Objetivo</b> .....	9
<b>3. Método</b> .....	9
3.1 Muestra.....	9
3.2 Procedimiento.....	11
<b>4. Resultados</b> .....	13
<b>5. Discusión</b> .....	20
<b>6. Bibliografía</b> .....	23

## 1. Introducción

### 1.1 La adolescencia

La adolescencia es una etapa de transición normativa que transcurre entre la infancia y la edad adulta. La Organización Mundial de la salud (2000) considera que esta etapa se extiende desde los 10 hasta los 19 años de edad aproximadamente. Lo que caracteriza fundamentalmente a este periodo son los profundos cambios físicos, psicológicos, sexuales y sociales que tienen lugar en estos años, y esos cambios que viven los adolescentes hacen que, en algunos casos, sea un periodo difícil tanto para ellos como para sus familias. La adolescencia es un periodo en el que se van a producir intensos cambios físicos y psicosociales que comienza con la aparición de los primeros signos de la pubertad y termina cuando cesa el crecimiento. En el desarrollo físico, se produce un aumento de altura, aumento del peso; además del desarrollo sexual donde ocurrirán cambios hormonales que desencadenarán el crecimiento y maduración de los genitales. En cuanto al desarrollo cognitivo, maduran las funciones asociadas a la planificación, el razonamiento y el control de impulsos. En el caso del desarrollo psicosocial, los adolescentes afrontarán cuatro aspectos importantes: la lucha dependencia-independencia en el seno familiar, la preocupación por el aspecto corporal, la integración en el grupo de amigos y el desarrollo de la identidad (Iglesias, 2013).

Durante este periodo, los padres de los adolescentes también pueden estar viviendo una etapa difícil, la cual ha sido denominada por algunos autores como "Crisis de mitad de la vida", considerada como un momento de cambios significativos para muchos adultos. Ocurre en torno a los 40-45 años de edad y se caracteriza por que los padres analizan su vida, pudiendo experimentar fracaso o desasosiego, pudiendo llegar a realizar cambios bruscos (Oliva y Parra, 2004; Ruan y Serra, 2001). Por lo tanto, la llegada de la adolescencia es un momento del ciclo familiar en el que coinciden dos importantes transiciones evolutivas, una en el hijo, y otra en sus padres, lo que forzosamente repercutirá en el clima familiar. Este periodo también coincide con un momento en el que los hijos dejan de idealizar a sus padres, comenzando a ser más críticos hacia ellos, y haciendo que este periodo pueda ser más duro (Levinson, 1978; Oliva y Parra, 2004; Ruan y Serra, 2001).

El desarrollo de la autonomía en las relaciones familiares es una tarea clave para el adolescente y nada sencilla de alcanzar. Los conflictos surgen porque padres y adolescentes están intentando llevar a cabo sus tareas evolutivas: los padres promoviendo normas y conductas que mejoren el comportamiento y la adaptación familiar de los adolescentes; a la vez que éstos reclaman autonomía y una relación más igualitaria (Rodrigo, García, Márquez y Triana, 2005).

La adolescencia es mucho más que un peldaño en la vida que sucede a la infancia. Es un período de transición constructivo, necesario para el desarrollo del "yo" (Hurlock, 1990). Los adolescentes están en la búsqueda de su propia identidad y tienen que decidir cómo construir su vida, teniendo que enfrentarse a diversas tareas evolutivas para lograrlo. Estas tareas evolutivas son habilidades, conocimientos, funciones y actitudes que tienen que adquirir en determinado momento de su vida mediante la maduración física, social y

personal. El dominio de estas tareas produce madurez y adaptación. De acuerdo a Havighurst (1972) son ocho las tareas fundamentales durante el periodo de la adolescencia:

1. Aceptar el propio cuerpo y aprender a usarlo.
2. Formar relaciones nuevas y maduras con los iguales de ambos sexos.
3. Adoptar un rol sexual masculino o femenino.
4. Independizarse emocionalmente de los padres.
5. Prepararse para una profesión.
6. Prepararse para la vida de pareja y la familia.
7. Desear y lograr una conducta socialmente responsable.
8. Adoptar un conjunto de valores y una ideología.

Estas tareas evolutivas deben alcanzarse en un contexto cambiante. Según la teoría de Bronfenbrenner (1979), los adolescentes se ven afectados de modo significativo por las interacciones de una serie de sistemas que se superponen, por lo que, el cambio de conducta del individuo, se ve influenciado por el entorno o medio, siendo un cambio multidireccional, multicontextual y multicultural. Es decir, la adolescencia es un periodo donde se descubre y se consolida la identidad personal, siendo influenciada por la cultura, el ambiente donde se crezca, la familia y las redes sociales más próximas.

Debido a la gran cantidad de cambios señalados y al contexto cambiante donde transcurren, la adolescencia ha sido señalada en muchas ocasiones como una etapa negativa. Esta concepción de la adolescencia como una etapa conflictiva, problemática e incluso dramática ha estado presente en la literatura, la filosofía y la psicología durante la mayor parte del siglo pasado. Sócrates, Aristóteles, Rousseau o Shakespeare, ya presentaron una imagen apasionada y turbulenta de la adolescencia, aunque tendríamos que remontarnos mucho tiempo atrás para encontrar las primeras descripciones de los chicos y chicas adolescentes como personas conflictivas y poco racionales, agitadas por sus emociones y que se dejan conducir ciegamente por sus instintos (Oliva, Antolín, Hernando, Parra, Pertegal & Ríos, 2008).

Esta visión negativa ha ido cambiando en los últimos años con la aparición de la perspectiva del *Desarrollo Positivo Adolescente* (Lerner, 2004; López et al., 2006; Oliva et al., 2010), cuyo fin es garantizar el desarrollo saludable del adolescente a la vez que se promocionan las relaciones interpersonales que les permita alcanzar su bienestar. El concepto de desarrollo positivo adolescente va más allá: si los jóvenes tienen relaciones beneficiosas con la gente y las instituciones de su mundo social, estarán en el camino de un futuro marcado por las contribuciones positivas hacia ellos mismos, la familia, la comunidad y la sociedad y podrán prosperar (Lerner et al., 2005a).

La adolescencia, por ser un período crítico sometido a constantes cambios en el desarrollo físico, psíquico y social del adolescente, así como también en el marco familiar en que éste se desenvuelve, se considera como un período de riesgo en el cual pueden darse las bases para la aparición de síntomas y enfermedades, así como también de alteraciones de la personalidad. Se considera factor de riesgo a la característica o cualidad de

una persona o comunidad que se sabe va unida a una mayor probabilidad de daño a la salud. Se consideran como principales factores de riesgo psicológicos los siguientes: Insatisfacción de las necesidades básicas, patrones inadecuados de educación y crianza, sobreprotección, autoritarismo, agresión, permisividad, autoridad dividida, ambiente frustrante y sexualidad mal orientada. Estos factores de riesgo permiten identificar a aquellos adolescentes que están más expuestos a sufrir los daños que los aquejan; por esto el conocimiento del riesgo o de la probabilidad de que se presenten futuros problemas de salud permite anticipar una atención adecuada y oportuna.

## 1.2 Los programas de intervención con adolescentes

Lerner (2002), afirma que el desarrollo humano no está predeterminado, y que es probabilístico y relativamente plástico, pues siempre hay posibilidad de cambio. Desde este enfoque del desarrollo, la conducta individual y social no puede reducirse a influencias genéticas y se enfatiza que la potencialidad para el cambio en la conducta es una consecuencia de las interacciones entre la persona en desarrollo, con sus características biológicas y psicológicas; y su familia, su comunidad y la cultura en la que está inmersa. Por lo tanto, debemos mostrarnos optimistas acerca de la posibilidad de intervenir, no sólo de cara a la prevención de conductas problemáticas, sino también para la promoción de conductas positivas.

La etapa de la adolescencia ha generado durante las últimas décadas un buen número de investigaciones y un intenso interés entre los profesionales de la intervención, sobre todo debido a la notoriedad y gran preocupación social que suscitan muchos de los problemas asociados a este periodo: consumo de drogas, conductas de asunción de riesgos, problemas alimentarios, violencia y comportamiento antisocial, etc. Esta preocupación ha llevado al desarrollo e implementación de muchos programas encaminados a la prevención de estos problemas, sin embargo, durante los últimos años, ha surgido un nuevo modelo a la hora de analizar los comportamientos de jóvenes y adolescentes. Se trata de un modelo centrado en el desarrollo positivo que pone el énfasis en las competencias más que en los déficits, y que considera a los chicos y chicas adolescentes no como un problema a solucionar, sino como un recurso con enormes potencialidades a desarrollar; pues se basa en los modelos sistémicos actuales que asumen el principio de que el desarrollo humano no está predeterminado, y es probabilística y relativamente plástico pues siempre hay posibilidad de cambio (Lerner, 2002). Estos programas no han surgido con el objetivo de prevenir determinados problemas o desajustes, sino que buscan favorecer la adquisición de diversas habilidades y competencias para la vida. Así, el modelo adopta una perspectiva centrada en el bienestar, pone un énfasis especial en la existencia de condiciones saludables y expande el concepto de salud para incluir las habilidades, conductas y competencias necesarias para tener éxito en la vida social, académica y profesional. (Oliva et al., 2008). La promoción de los recursos y oportunidades para el desarrollo no sólo promueve la competencia sino que, como consecuencia de ello, hace al adolescente más resistente a los factores de riesgo y reduce conductas

problemas, tales como el consumo de drogas, las conductas sexuales de riesgo, la conducta antisocial o los trastornos depresivos (Benson et al., 2004). Para promover estas competencias o habilidades, se trabaja con los adolescentes a partir de un proyecto de intervención, siendo este una propuesta ordenada de acciones que pretenden la solución o reducción de la magnitud de un problema que afecta a un individuo o grupo de individuos y en la cual se plantea la magnitud, características, tipos y periodos de los recursos requeridos para completar la solución propuesta dentro de las limitaciones técnicas, sociales, económicas y políticas en las cuales el proyecto se desarrollará (Torres Martínez, 2011).

Una de las primeras tareas a resolver a la hora de construir un modelo de desarrollo adolescente positivo es definir las competencias que constituyen dicho desarrollo, y que, por lo tanto, pueden constituir objetivos a alcanzar por todo programa de intervención que tenga como objetivo la promoción del desarrollo adolescente. Quizá el modelo más completo sea el denominado modelo de las 5 Ces: competencia (capacidad para mostrar un buen desempeño en distintas áreas de actividad social, académica, cognitiva y vocacional y en habilidades sociales); confianza (sentido interno de valoración global positiva de uno mismo y de autoeficacia); conexión (vínculos positivos con personas e instituciones reflejados en intercambios bidireccionales); carácter (respeto por las normas sociales y culturales, la adquisición de modelos de conducta adecuada, el sentido de moralidad e integridad, el autocontrol y la ausencia de problemas externos o conductuales); y cuidado y compasión (sentido de simpatía y empatía e identificación con los demás). Si todas las 5 ces están presentes, surge en el chico o chica adolescente una sexta C: contribución, a sí mismo, a la familia, a la comunidad y a la sociedad civil (Lerner, 2004).

Los programas de intervención con adolescentes vienen desarrollándose en diferentes ámbitos:

- a) En la familia, la primera instancia llamada a contener, apoyar y promover la salud de sus miembros.
- b) La construcción de entornos saludables.
- c) En los centros educativos, que es el espacio físico y social, en el cual se da la segunda socialización de las personas, y se desarrollan habilidades y destrezas cognitivas, comunicacionales, físicas y emocionales.
- d) En el espacio comunitario, que implica el involucramiento de todos los actores sociales (organizados o individuales) para abordar de manera activa y sistemática, sobre la base del compromiso y la confianza de los responsables de la toma de decisiones tanto del sector público como privado, acciones para establecer políticas y prácticas que promuevan y protejan la salud de las y los adolescentes.
- e) En los servicios de salud, donde los profesionales de la salud que atiendan al adolescente deben fortalecer el desarrollo de hábitos saludables, propiciando que la comunicación establecida con ellos

desarrolle su autoestima, fomente su pensamiento crítico y la toma de decisiones en los aspectos referidos al cuidado de su salud.

Se considera de gran importancia el vínculo escuela-comunidad-familia, y por ello, un gran número de actividades propuestas para promocionar la salud de los adolescentes consisten en desarrollar estilos de vida saludables que se generalicen en todos los ámbitos.

En España, los modelos de intervención para la promoción y prevención para la salud, en jóvenes y adolescentes se implementan desde diversas instituciones públicas, y en cierto modo, de forma sectorial, en tanto que no existe una reflexión común sobre el tema. Es por esto que las acciones encaminadas a dicho fin adolecen de una perspectiva integradora, que hipotéticamente, repercuta en la eficacia de las mismas (Cirne, Mathieu y Portero, 2002). Algunos ejemplos de intervenciones, tanto preventivas como de promoción, realizadas en España, podrían ser: el programa de prevención de drogodependencias llamado 'Protegiéndote', que se puso en marcha en Madrid en el año 2009 en el ámbito escolar y que ha tenido una ampliación en el curso 2011/12 y una reedición en el 2013/14 que sigue vigente; y por otro lado, el programa de promoción de salud infantil y adolescente (PSIA-A), que se propuso en Andalucía en el 2014 en el ámbito comunitario.

### 1.3 La evaluación de los programas de intervención con adolescentes

A pesar de la amplia experiencia en el campo de las intervenciones con adolescentes, la preocupación por la evaluación es una novedad, y la evidencia acumulada sobre la eficacia de estos programas es limitada. Hasta hace poco tiempo, muchos centros educativos estaban convencidos de la necesidad de implementar programas de prevención y promoción del desarrollo, y se pensaba en los beneficios que estos programas proporcionarían, sin tener en cuenta la evaluación de su eficacia. Hoy en día la situación está empezando a cambiar, y son muchos los programas que están siendo evaluados, lo que está suponiendo que ya dispongamos de algunos datos interesantes relativos a las características de las intervenciones más exitosas (Oliva et al., 2008). Cuando hablamos de evaluación de programas, aludimos al conjunto de principios, estrategias y procesos que fundamentan la evaluación de toda acción o conjunto de acciones desarrolladas de forma sistemática en un determinado contexto con el fin de tomar las decisiones pertinentes que contribuyan a mejorar las estrategias de intervención social. Si el objetivo de un programa es mejorar las condiciones sociales, el propósito de la evaluación es mejorar los propios programas (Rossi, Freeman y Lipsey, 1999). La mayoría de los planes y programas de intervención social están patrocinados por organismos y servicios públicos, por lo que, tanto su concepción, como el diseño y la aplicación normalmente responden a determinados supuestos ideológicos e intereses de la política que los sustenta. En este caso hablamos de un tipo de evaluación que asume como criterios de valoración los objetivos (políticos, económicos, sociales, etc.) que se proponen alcanzar los organismos y agencias que patrocinan los diversos programas. Al margen de los planteamientos políticos, debemos considerar que todas las personas que

constituyen las audiencias de un programa generan (en menor o mayor grado) una serie de expectativas, percepciones y valoraciones intrínsecas que es necesario tener en cuenta a la hora de emitir las valoraciones sobre su oportunidad y eficacia (De Miguel, 1995). Todo esto es lo que hace tan esencial la evaluación de los programas, para así lograr que estos sean lo más eficaces posibles y logren cumplir todos sus objetivos.

## **2. Objetivo**

El propósito de este trabajo consiste en revisar de forma sistemática una muestra de programas de intervención, publicados en artículos científicos, dirigidos a adolescentes españoles en los últimos 15 años, clasificándolos según su enfoque, tema, ámbito de aplicación, alcance geográfico, género y situación psicosocial de los participantes, método de trabajo, momento e instrumento de evaluación, y resultados obtenidos. Con esta revisión descriptiva pretendemos analizar las tendencias actuales en cuanto a programas de intervención dirigidos a adolescentes, a la vez que incluimos recomendaciones futuras para el área.

## **3. Método**

### **3.1 Muestra.**

Se han revisado 60 artículos científicos sobre la evaluación de programas de intervención, dirigidos a adolescentes españoles, y centradas en la promoción de la salud o la prevención de riesgos entre los años 2000 y 2016.

Los artículos revisados han sido publicados en 35 revistas diferentes (tabla 1). Los artículos han sido publicados entre el año 2000 y 2016. La mayoría de artículos en el año 2013 (7 artículos) y la minoría en 2004 (1 artículo).

Tabla 1. Nombres de revistas y número de artículos encontrados.

REVISTA	NÚMERO DE ARTÍCULOS
Apuntes de Psicología	6
Psicothema	6
Nutrición Hospitalaria	5
Revista Española Salud Pública	4
Revista de Psicodidáctica	4
Revista de Educación	3
Health and Addictions	2
Salud y Drogas	2
Psicología Conductual	2
Aula Abierta	2
Gac Sanit	1
C. Med. Psicosomática	1
Adicciones	1
Pediatrics	1
International Journal of Clinical Health Psychology	1
Educación XXI	1
Revista Diversita	1
Revista de Salud Colectiva	1
Clínica y Salud	1
Nutrición Clínica Dietética	1
European Journal of Education Psychology	1
Revista Psicológica Clínica	1
Psicología Gral y aplicación	1
Terapia Psicología	1
Educar	1
Publicació psicológica	1
Revista Latinoamericana de Psicología	1
AQUICHAN	1
Revista de Investigación en Psicología	1
RIE	1
Anales de Psicología	1
Educació Social	1
Revista de Investigación Educativa	1
Revista española de Orientación y Psicopedagogía	1

Las intervenciones estaban dirigidas a adolescentes con edades comprendidas entre los 9 y 20 años, siendo la media de edad 14,7 años. El número de participantes de las intervenciones oscila entre 9 y 21.811 adolescentes.

### **3.2 Procedimiento.**

Lo primero que se ha realizado es la búsqueda de artículos necesarios para llevar a cabo la revisión. Para ello, se ha realizado una búsqueda a través de la base de datos de Google académico utilizando las palabras clave *intervención, adolescentes, promoción, prevención, España*. A la hora de elegir los artículos, se seguían varios criterios: debían ser intervenciones con adolescentes, realizadas en España y realizadas desde el año 2000. Después de estos criterios, se escogían los artículos por orden de aparición. Una vez conseguidos 60 artículos, creamos la base de datos utilizando el programa SPSS, en el que se han ido introduciendo los datos relevantes para el estudio: enfoque, tema, ámbito de aplicación, alcance geográfico, género y situación psicosocial de los participantes, método de trabajo, momento e instrumento de evaluación, y resultados obtenidos. Por último, se ha llevado a cabo un análisis de frecuencias de todas las variables nombradas mostrando los porcentajes obtenidos. Dado los requisitos y limitaciones de tiempo del presente trabajo, la selección de artículos se ha visto limitada a 60.

A continuación, en la tabla 2, se pueden observar varios ejemplos de clasificación.

Tabla 2. Muestra de clasificación de las intervenciones.

NOMBRE	ENFOQUE	TEMA	ÁMBITO DE APLICACIÓN	ALCANCE GEOGRÁFICO	GÉNERO	SITUACIÓN PSICOSOCIAL	MÉTODO DE TRABAJO	MOMENTO DE EVALUACIÓN	INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN	RESULTADOS
Programa SALUDA	Prevención 3 factores cognitivos: información sobre las drogas, percepción de riesgo y estimación normativa del consumo.	Drogodependencia	Escolar	Local	Mixto	Normal	Informativo + Participativo	pre-post- seguimiento (varios)	Questionarios	Aumenta el nivel de información y la percepción de riesgo ante distintas sustancias.
Programa Trampolín	Mejorar las pautas de comportamiento desde el desarrollo personal y emocional.	Desarrollo Personal	Escolar	Local	Mixto	Riesgo	Informativo + Participativo	pre-post	Questionarios	Mejoras en determinados indicadores considerados como adecuados para el desarrollo de estos menores.
Intervención escolar AULASIDA	Cambiar conocimientos y actitudes sobre el VIH.	Salud Sexual	Escolar	Regional	Mixto	Normal	Informativo + Participativo	pre-post	Questionarios	Incremento de conocimientos y mejora de actitudes sobre la infección por VIH.
Taller socioeducativo: El ritmo musical	Mejora en construcción de la identidad y en la autoestima.	Desarrollo Personal	Escolar	Local	Chicos	Riesgo	Lúdico	pre-post	Questionarios	Mejora en la identidad global y sus dimensiones, pero sin cambios en autoestima.
Programa de educación sexual SOMOS	Cambio de las actitudes hacia la sexualidad en general.	Salud Sexual	Escolar	Local	Mixto	Normal	Informativo + Participativo	pre-post	Questionarios	Favorece el desarrollo de actitudes positivas hacia la sexualidad, como la disminución de las actitudes negativas.

#### 4. Resultados

Comenzando con la variable enfoque de intervención (figura 1) se puede observar que se han llevado a cabo intervenciones basadas en diferentes enfoques. Estos enfoques se han clasificado en tres bloques, la mayoría se han basado en promoción para los adolescentes (60%), seguido de prevención (25%) y finalmente intervenciones que incluyen tanto prevención como promoción (15 %).

De las intervenciones con enfoque de promoción, el 63,9 % trabajan en competencias personales y sociales; mientras que el 36,1% promueven aspectos de salud. De las basadas en la prevención el 53,3% se centran en la prevención de riesgos sociales y personales, mientras que el 46,7% en la prevención riesgos de salud.

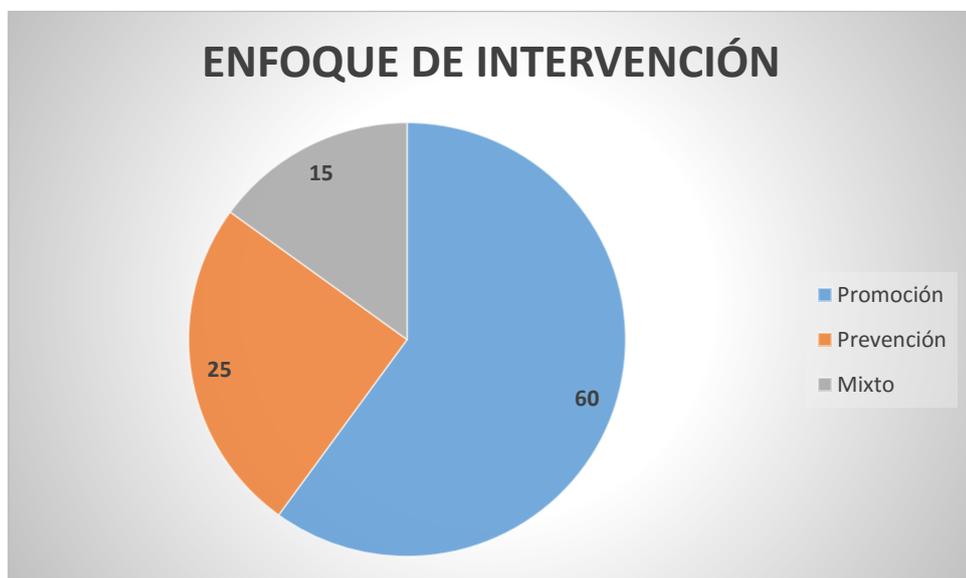


Figura 1. Distribución de porcentajes según el enfoque de las intervenciones.

En cuanto a la variable tema (figura 2), observamos que las intervenciones están centradas en su mayoría en la salud física (33,3%), seguida de las de drogodependencia (25%), convivencia (21,7%) y desarrollo personal (20%).

De las intervenciones referidas a la salud física, el 35% se centra en la salud sexual, mientras que el 65% trabajan la alimentación.

Las intervenciones centradas en la drogodependencia hacen referencia al tabaco (26,7%), el alcohol (13,3%), otras drogas como el cannabis (20%) y diferentes tipos de drogas juntas (40%).

Por otro lado, las que se centran en la convivencia presentan un 53,9% sobre clima escolar y un 46,2% sobre la violencia.

Por último, las intervenciones que trabajan el desarrollo personal se centran en el desarrollo de habilidades personales y sociales (33,33%), autoconcepto (41,7%) y ansiedad (25%).

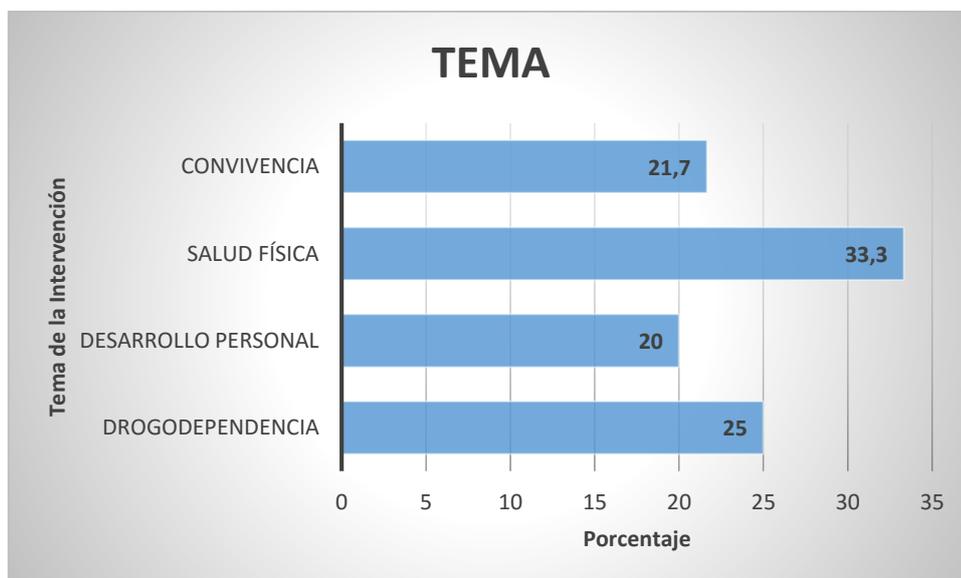


Figura 2. Distribución de porcentajes según la temática de las intervenciones.

En la figura 3, vemos que la gran mayoría de las intervenciones están dirigidas al ámbito escolar (81,7%), seguido del ámbito comunitario (8,3%), comunitario-educativo (6,7%) y finalmente el sanitario (3,3%).

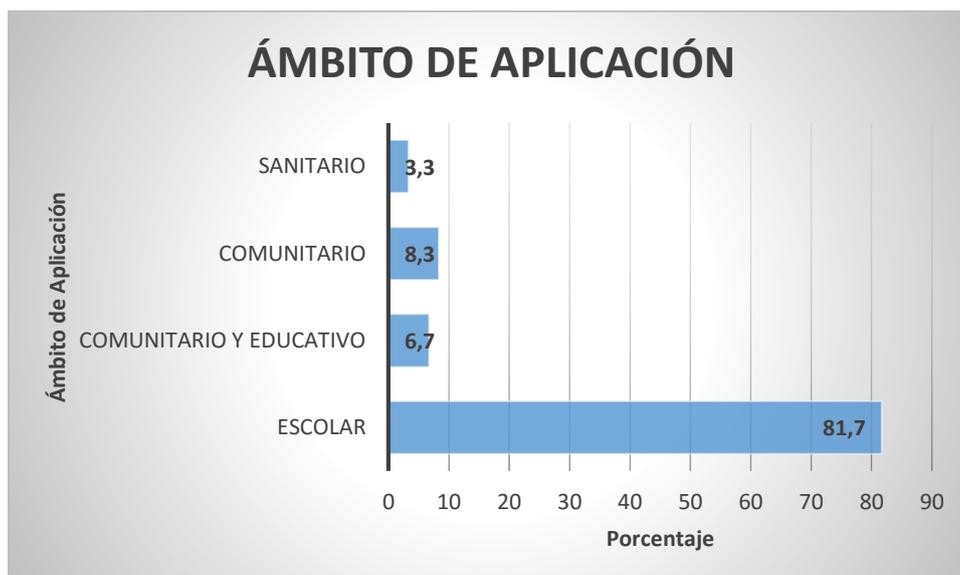


Figura 3. Distribución de porcentajes según el ámbito de aplicación de las intervenciones.

En cuanto al alcance geográfico (figura 4), se observa que la mayoría de intervenciones han sido locales (80%), seguidas por las regionales (13,3%) y las nacionales (6,7%).

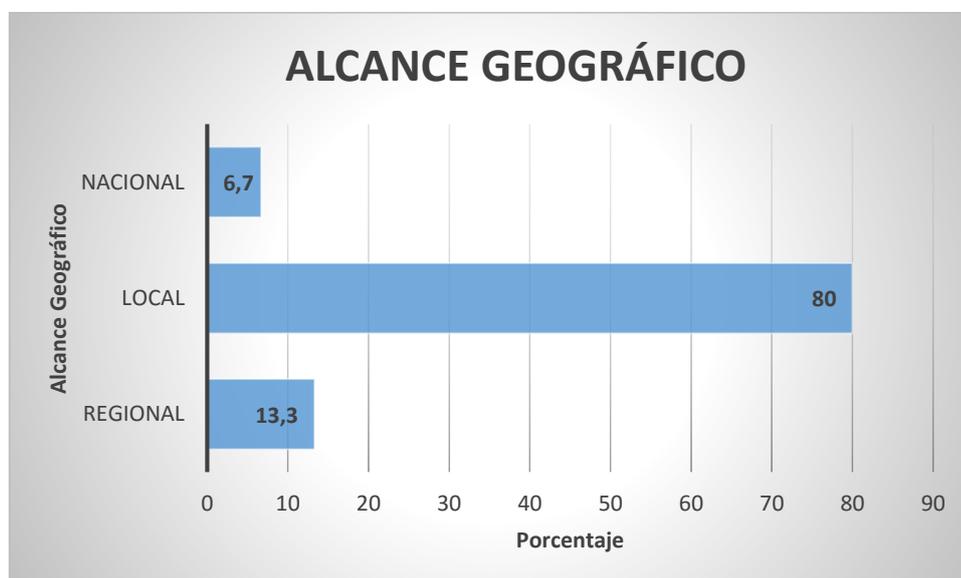


Figura 4. Distribución de porcentajes según el alcance geográfico de las intervenciones.

Atendiendo al género de los participantes, podemos ver en la figura 5 que la gran mayoría de intervenciones se dirigen a ambos géneros (93,3%),

seguido de intervenciones exclusivas para chicas (5%) y finalmente, exclusivas para chicos (1,7%).



Figura 5. Distribución de porcentajes según el género de los participantes.

En la figura 6, observamos que las intervenciones han trabajado con adolescentes en diferente situación psicosocial, mayoritariamente adolescentes normalizados (61,7%), seguido de adolescentes en riesgo psicosocial (35%), inmigrantes (1,7%) y finalmente con adolescentes con discapacidades motoras (1,7%).

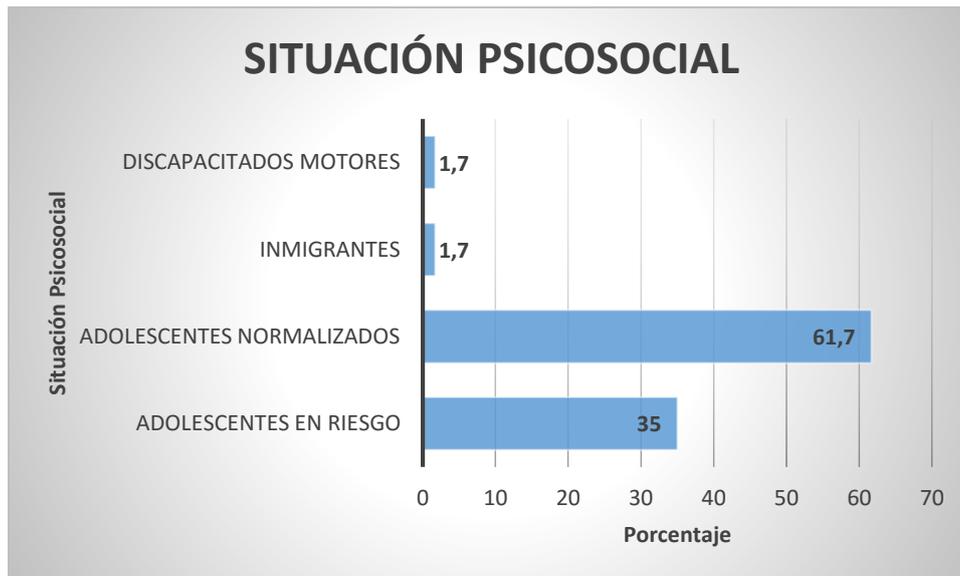


Figura 6. Distribución de porcentajes según la situación psicosocial de los participantes.

En la figura 7 se puede observar que las intervenciones utilizan distintos métodos de trabajo. El utilizado con mayor frecuencia ha sido el taller guiado (41,7%), seguido por un método informativo-participativo (31,7%), lúdico (11,7%), terapéutico (8,3%) y por último, el método de trabajo menos utilizado es el informativo (6,7%).

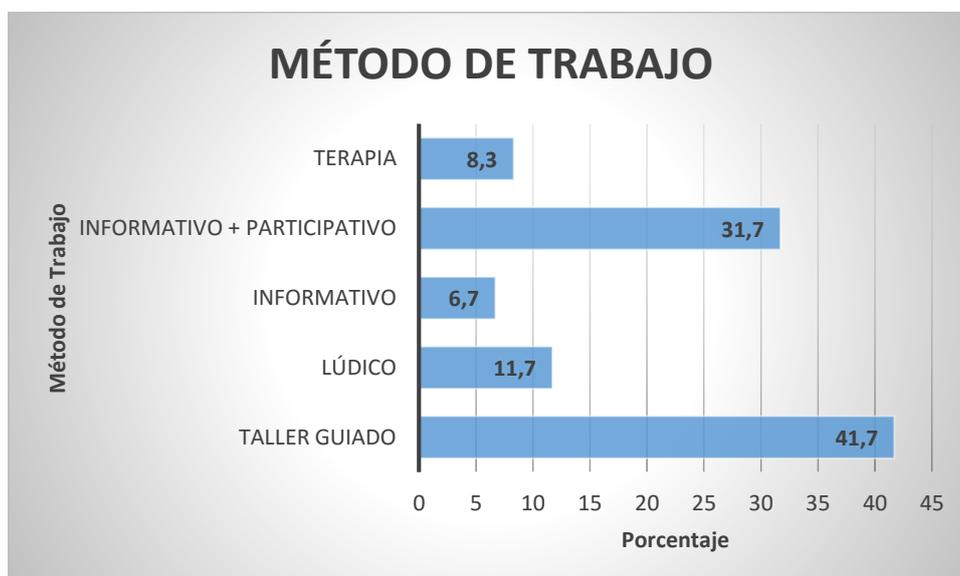


Figura 7. Distribución de porcentajes según el método de trabajo de las intervenciones.

Las intervenciones siguen una evaluación (figura 8) con medidas pre-post en un 68,3%, seguido de evaluaciones con medidas pre-post más seguimiento (23,3%) y finalmente medidas pre-post con varios seguimientos a lo largo de los años (8,3%).

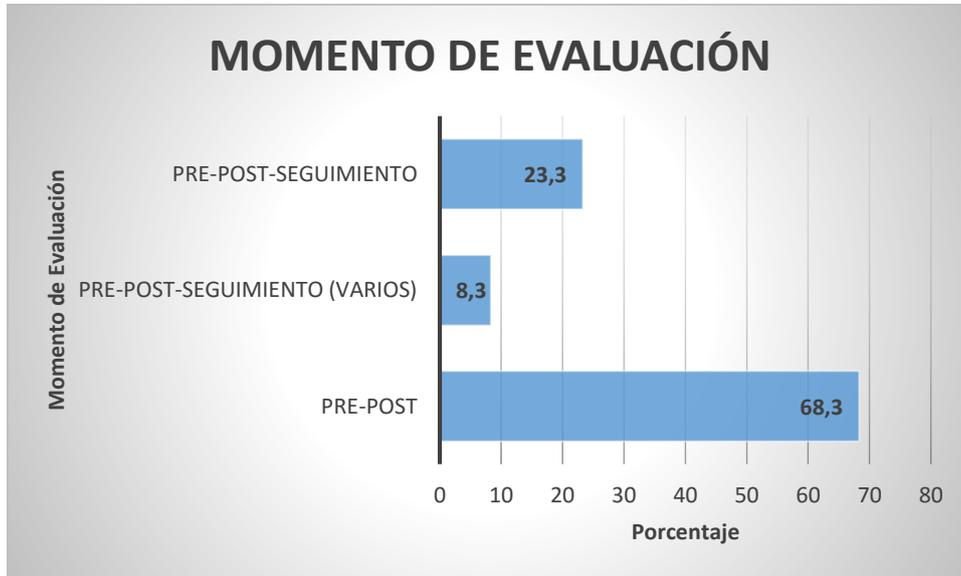


Figura 8. Distribución de porcentajes según el momento de evaluación de las intervenciones.

En la figura 9 se muestra que el instrumento evaluativo mayoritariamente empleado en las intervenciones han sido los cuestionarios, autoinformes y entrevistas (93,3%), seguido por indicadores físicos (1,7%) y una metodología de evaluación mixta, que engloba tanto indicadores físicos como cuestionarios, autoinformes y entrevistas (5%).

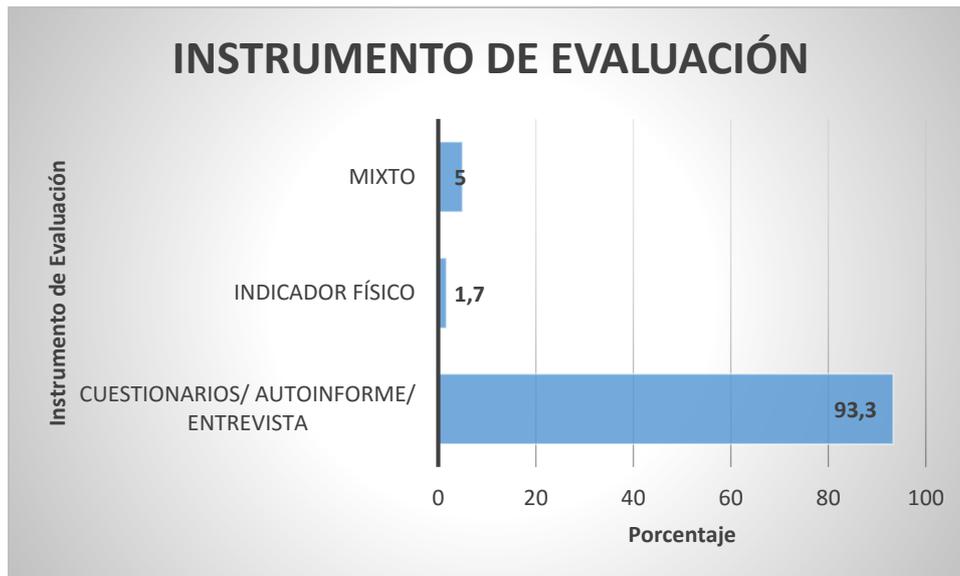


Figura 9. Distribución de porcentajes según el instrumento de evaluación utilizado en las intervenciones.

En la figura 10 podemos observar los resultados obtenidos de las intervenciones divididos en tres bloques: Los que presentan una mejoría, los que no presentaban cambios, y los mixtos, donde alguna variable mejora pero otra no cambia. La mayoría de las intervenciones resultan ser eficaces, mejorando la habilidad trabajada (86,7%), frente a otras que no presentaban cambios (10%) o que presentan resultados mixtos (3,3%).



Figura 10. Distribución de porcentajes según los resultados obtenidos en las intervenciones.

## 5. Discusión

Este trabajo se ha basado en el artículo de Hernán, Ramos y Fernández (2001) en el cual se revisan artículos publicados entre 1995 y 2000 sobre la promoción de la salud en jóvenes españoles, donde los resultados obtenidos han sugerido que en España se llevan a cabo una gran diversidad de intervenciones de promoción de la salud.

La visión negativa de la adolescencia ha tenido una gran influencia a la hora de realizar intervenciones, sin embargo, en los resultados obtenidos podemos observar que la mayoría de las intervenciones se centran en enfoques de promoción, mientras que los que se centran en enfoques preventivos son menos. Esto se debe a que la perspectiva del desarrollo positivo adolescente ha empezado a coger fuerza y las intervenciones cada vez están más centradas en la promoción de competencias personales y sociales de los adolescentes. Esto ya está siendo compartido por diferentes autores e instituciones, resaltando la importancia de mejorar las competencias para el buen desempeño de actividades, y no solo para prevenir problemas presentes o futuros.

En el presente estudio se ha encontrado un mayor número de intervenciones dirigidas a la promoción, lo que significa un avance positivo en cuanto a las intervenciones con adolescentes se refiere, ya que se está dejando atrás la visión negativa para centrarse en ayudar a los jóvenes a obtener un desarrollo óptimo. Además, la mayoría de intervenciones tienen un enfoque de promoción, desarrollan competencias y/o habilidades personales y sociales para los jóvenes. Esto indica un gran avance ya que las intervenciones no sólo se basan en prevenir riesgos de salud y prevenir conductas de riesgos de los adolescentes, sino que ahora buscan cómo mejorar sus competencias, habilidades y adaptación al entorno donde se encuentran.

Muchas de las intervenciones recogidas en este trabajo, se llevan a cabo con temas importantes en la adolescencia. Esto es importante ya que la adolescencia es una etapa donde abundan las preocupaciones, se incrementa la curiosidad, se experimentan cambios de personalidad y cambios corporales. Además, es una etapa donde los adolescentes empiezan a relacionarse y a formar vínculos, tanto con nuevos amigos como vínculos sentimentales. Por ello muchas de las intervenciones desarrolladas con adolescentes, no solo se centran en la promoción de sus competencias y habilidades, sino en la prevención de muchas conductas que comienzan a experimentar al unirse a un grupo de iguales. Como podemos ver en las intervenciones de prevención llevadas a cabo en el trabajo, están relacionadas con el consumo de sustancias, tanto de tabaco como otras drogas; y con la prevención en las relaciones personales, ya que en la adolescencia comienzan las primeras historias de amor, celos, desamores, engaño e incluso pueden aparecer los primeros síntomas de violencia de género. Otros temas importantes que se abordan en las intervenciones son los de prevención de enfermedades sexuales (como el VIH) o embarazos no deseados.

Según los resultados que se han obtenido, se pueden realizar diversas propuestas futuras para que las intervenciones abarquen todas aquellas

variables que han sido menos exploradas hasta el día de hoy. La mayoría de las intervenciones analizadas han sido en el ámbito escolar, dejando de lado casi por completo los demás ámbitos. Algunas intervenciones eran comunitarias, pero no demasiadas, por lo que sería adecuado que en el futuro se incrementara el número de intervenciones en la comunidad, ya que es un ámbito muy importante en el desarrollo de los adolescentes. La importancia de la intervención comunitaria radica en que uno de sus objetivos fundamentales se basa en potenciar el fortalecimiento, o lo que es lo mismo, las posibilidades de que las personas, organizaciones y comunidades ganen en dominio y control sobre sus propias vidas con el fin último y primero de promover el bienestar y la calidad de vida de las personas, grupos y comunidades (Buelga, 2007). La teoría del empowerment no sólo refleja los valores sobre los que se sustenta la intervención comunitaria, sino que proporciona unos conceptos y unos principios que sirven para organizar el conocimiento sobre el objeto de la disciplina. Adoptar la perspectiva del empowerment conlleva a la aceptación y asunción de ciertos valores, que expresan metas, objetivos y estrategias. El interés del empowerment se dirige específicamente a la influencia mutua que se produce entre la persona y los sistemas ambientales en los que se desenvuelve. Ampliada la unidad de análisis y de intervención a los sistemas sociales y en concreto a las interrelaciones que se producen entre el entorno y la persona, la intervención no pretende eliminar los déficits o las debilidades de los individuos buscando una solución a los problemas presentes sino que desde una acción preventiva se busca promover y movilizar los recursos y potencialidades que posibiliten que las personas, los grupos o las comunidades adquieran dominio y control sobre sus vidas. Los recursos son estrategias, cualidades, estructuras o acontecimientos que pueden ser activados por una comunidad determinada para resolver un problema específico o contribuir al desarrollo de la misma (Musitu y Buelga, 2004).

Por otro lado, entre las intervenciones analizadas no se ha encontrado ninguna en el ámbito familiar, aun siendo este uno de los ámbitos más importantes en el desarrollo de los jóvenes. La familia, aunque en la adolescencia comienza a tener menos influencia por la presencia de los iguales y otros contextos de desarrollo, sigue siendo un ámbito importante y no debe dejarse de lado, siendo de vital importancia dar mayor relevancia a las intervenciones familiares para que los jóvenes puedan mejorar sus habilidades o prevenir sus riesgos con el apoyo de sus familias y desde su hogar.

Podemos incidir en que la visión de los proyectos de intervención está cambiando. Torres (2011) expone que las intervenciones se enfocan en solucionar o reducir un problema que afecte a un individuo o a un grupo, es decir, con personas en riesgo o para prevenir algún peligro. Sin embargo, nuestros resultados indican que la promoción está teniendo mayor importancia, pudiendo añadir a la anterior definición mejorar diversos aspectos de la vida de las personas para un mejor desarrollo y adaptación. Esto quiere decir que las intervenciones no solo utilizan participantes que se encuentren en riesgo psicosocial, ya que según los resultados, en las intervenciones mayoritariamente se ha trabajado con adolescentes normalizados (61,70%).

Se ha observado que la mayoría de las intervenciones usan evaluaciones pre y post-test, pero muy pocas de ellas tienen también una medida de seguimiento. Sería interesante y adecuado que en las intervenciones futuras se añadieran medidas de seguimiento para así determinar si después de las intervenciones, sus resultados siguen haciendo efecto y poder determinar su efectividad correctamente.

En cuanto a los instrumentos de evaluación, los más utilizados han sido los cuestionarios, autoinformes y entrevistas; frente a los indicadores físicos y a los que engloban tanto autoinformes como indicadores físicos. El hecho de que los autoinformes sean los más utilizados tiene como ventaja que permite el acceso a una información exclusiva de la cual no se puede disponer por otros medios de evaluación, pues al ser autoevaluado suministra información que proviene "desde el mismo que la experimenta" (Derogatis y Melisaratos, 1983), y que suponen un considerable ahorro de tiempo por parte del profesional que los emplee. Además, como Skilbech et al. (1984) afirman, son difícilmente sustituibles si queremos conocer las diferentes formas de percibir e informar sobre síntomas psiquiátricos de los distintos grupos étnicos (Yamamoto et al., 1981; Platt et al., 1989) o clases sociales (Derogatis et al., 1971a. 1971b). Sin embargo, debemos considerar que el método autoadministrado tácitamente asume la validez de la "premisa del inventario", que implica que el individuo que responde puede y quiere describir de la forma más exacta posible sus síntomas y conducta actual; pero esta premisa no siempre se cumple. Por otro lado, los autoinformes también se encuentran sometidos a otras posibles distorsiones sistemáticas secundarias a las llamadas respuestas sesgadas, como pueden ser:

- a) El efecto halo, que se trata de una respuesta sesgada que tiene lugar cuando el que responde generaliza en exceso acerca del objeto a valorar, de forma que valoraciones del mismo objeto en dimensiones diferentes están altamente correlacionadas.
- b) La indulgencia e inclemencia, que se refiere a la tendencia a realizar evaluaciones más positivas o negativas de las justificadas, es decir la tendencia a magnificar o minimizar las respuestas en las evaluaciones.
- c) La tendencia central-extrema, que es la tendencia a realizar un número mayor de evaluaciones medias o neutras de las justificadas.
- d) La restricción de rango y efectos de frecuencia, que es similar a la tendencia central, ya que se trata de la tendencia a restringir las respuestas a una parte particular de la escala.
- e) El sesgo de cambio de respuesta, que hace referencia a cuando una evaluación parece haber cambiado en el tiempo porque los puntos de comparación que determinan donde debería hacerse la evaluación también han cambiado.
- f) La falsificación y deseabilidad social, que se refiere a la tendencia a elegir las respuestas socialmente deseables en un inventario autoadministrado.

- g) El error de contraste, que es la tendencia para usarse a sí mismo como comparación para la realización de juicios sobre otros.
- h) La aprehensión evaluada, que es la presión que el experimentador ejerce sobre el que responde para que este dé la respuesta que debería dar o la que el experimentador desea, más que mostrar lo que los evaluados realmente piensen o sienten.

A pesar de esto, no existe una razón clara para considerar que estos sesgos, en muchos casos, disminuyen la validez o la fiabilidad de las evaluaciones como medida de actitud porque se esperará que sus efectos sean sistemáticos para un individuo o situación dados (De las Cuevas y González, 1992).

En el presente trabajo, se ha podido observar que la mayoría de las intervenciones son positivas, es decir, son eficaces mejorando o reduciendo lo que se proponen como objetivo. Esto es algo muy positivo, ya que la eficacia de estos programas es de gran importancia, pues debido a los todos los cambios que surgen en la adolescencia y todo los riesgos que pueden conllevar, los jóvenes pueden adoptar conductas de riesgo si no disponen de la información o la atención necesaria. Además, esto sirve para apoyar y animar a que se sigan realizando programas para adolescentes, pues su trabajo aporta un gran beneficio a los jóvenes y les brindan muchas oportunidades. Debido al gran aporte de los programas con adolescentes, hay que insistir en que se invierta en programas que aporten beneficios a los jóvenes y los ayuden a mejorar su desarrollo, ya que sin apoyo, atención y ayuda, algunos podrían verse afectados por todos los riesgos que conllevan los cambios que están sufriendo en esta etapa. Para ello, hay que conseguir que diversos organismos o agencias financien y promuevan las intervenciones con los adolescentes, y cuyos objetivos políticos, económicos y/o sociales, puedan beneficiarse de nuestras intervenciones.

A la hora de realizar este trabajo se han presentado diversas limitaciones. Una de las limitaciones ha sido el número de artículos, ya que la muestra ha resultado de tamaño reducida debido al tiempo disponible. Para mejorar los trabajos futuros, podría usarse una muestra mayor para realizar una comparación más extensa e interesante.

En conclusión, gracias a este tipo de trabajos, podemos ver las tendencias que existen en España a la hora de intervenir, evaluar y publicar intervenciones con adolescentes, permitiéndonos analizar la situación y realizar algunas propuestas futuras como las que incluimos en este estudio.

## **6. Bibliografía**

Benson, P. L., Mannes, M., Pittman, K. y Ferber, T. (2004). Youth development, developmental assets and public policy. En R. Lerner y L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology*, (2ª ed.), (pp.781–814). Nueva York: John Wiley

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Buelga, S. (2007). El empowerment: la potenciación del bienestar desde la psicología comunitaria. En M. Gil (Dir), *Psicología Social y Bienestar: una aproximación interdisciplinaria* (pp. 154-173). Universidad: Zaragoza.
- Cirne, R., Mathieu, G. y Portero, P. (2002). La intervención con adolescentes y jóvenes en la prevención y promoción de salud. *Revista Española de Salud Pública* 76, (5), 577-484.
- De las Cuevas, C. y González, J. L. (1992). Autoinformes y respuestas sesgadas. *Anales de Psiquiatría* 8, (9), 362-366.
- De Miguel, M. (1995). Participación ciudadana en la evaluación de las políticas públicas. *Aula Abierta*, 66, 211-218.
- Derogatis LR, Covi L, Lipman RS. Davis DM, Rickels K. (1971). Social class and race as mediator variables in neurotic symptomatology. *Arch Gen Psychiatry* 25, 31-40.
- Derogatis LR, Melisaratos N. (1983). The brief symptom inventory. An introductory report. *Psychological Medicine* (13), 595-605.
- Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education*. Nueva York: McKay.
- Hernán, M. Ramos, M. y Fernández, A. (2001). Revisión de los trabajos publicados sobre promoción de la salud en jóvenes españoles. *Revista Española de Salud Pública* 75, (6), 491-504.
- Herrera, P. (1999). Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. *Revista Cubana Pediatr*, 71 (1), 39-42.
- Hurlock, E. (1990). *Psicología de la Adolescencia*. Argentina. Paidós.
- Iglesias, J.L. (2013). *Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales*. Recuperado en abril 20, 2016 disponible en <http://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-03/desarrollo-del-adolescente-aspectos-fisicos-psicologicos-y-sociales/>
- Lerner, R. M. (2002). *Concepts and theories of human development* (3ª ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lerner, R.M. (2004). *Liberty: thriving and civic engagement among America's youth*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Lerner, R.M., Almerigi, J.B., Theokas, C. y Lerner, J.V. (2005a). Positive youth development. A view of issues. *Journal of early adolescence* 25, (1), 10-16.
- Levinson, D.J. (1978). *The seasons of a man's life*. New York: Ballantine Books.

- López, F., Carpintero, E., Del Campo, A., Lázaro, S. y Soriano, S. (2006). *El bienestar personal y social y la prevención del malestar y la violencia*. Madrid: Pirámide.
- Musitu, G. & Buelga, S. (2004) Desarrollo Comunitario y Potenciación. En G. Musitu, J. Herrero, L. Cantera y M. Montenegro (Eds.), *Introducción a la Psicología Comunitaria*, (pp. 167-195). Barcelona: UOC.
- Oliva, A., Ríos, M., Antolín, L., Parra, A., Hernando, A., y Pertegal, M.A. (2008). *La promoción del desarrollo adolescente: recursos y estrategias de intervención*. Sevilla: Consejería de Salud.
- Oliva, A., Ríos, M., Antolín, L., Parra, A., Hernando, A., y Pertegal, M.A. (2010). Más allá del déficit: construyendo un modelo de desarrollo positivo adolescente. *Infancia y Aprendizaje* 33, (2), 223-234.
- Oliva, A y Parra, A. (2004). Contexto familiar y desarrollo psicológico durante la adolescencia. En E. Arranz (Ed.), *Familia y desarrollo psicológico* (pp. 96-123). Madrid: Pearson Prentice Hall.
- OMS. (2000). *La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad*. Recuperado en abril 16, 2016 disponible en [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/36922/1/WHO\\_TRS\\_731\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/36922/1/WHO_TRS_731_spa.pdf)
- OMS. (2008). *Nivel de afrontamiento en los adolescentes en relación a su madurez personal y estilos de vida del I.E.* Recuperado en abril 16, 2016 disponible en [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/492/1/Lima\\_cj.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/492/1/Lima_cj.pdf)
- Platt JJ, Steer RA, Ranieri WF. (1989). Differences in the symptom check list-90. Profiles of black and white methadone patients. *J Clin Psychol* 45, (2), 342-345.
- Rodrigo, M<sup>a</sup>.J., García, M., Márquez, M.L. y Triana, B. (2005). Discrepancias entre padres e hijos adolescentes en la frecuencia percibida e intensidad emocional en los conflictos familiares. *Estudios de Psicología* 26, (1), 21-34.
- Rossi, P., Freeman, H. y Lipsey, M. (1999). *Evaluation. A systematic approach*. Thousand Oaks, Sage.
- Ruano, R. y Serra, E. (2001). *Las familias con hijos adolescentes: Sucesos vitales y estrategias de afrontamiento*. Barcelona: Octaedro-EUB.
- Skilbeck WM, Acosta FX, Yamamoto J, Evans LA. (1984). Self-reported psychiatric symptoms among black, hispanic and White outpatients. *J Clin Psychol* 40, (5), 1184-1189.
- Torres, G. (2011). *Intervención educativa*. Recuperado en mayo 18, 2016 disponible en <http://uvprintervencioneducativa.blogspot.com.es/2011/09/que-es-un-proyecto-de-intervencion-por.html>

Yamamoto J, Satele A, Fairbanks L, Samuelu R. (1981). Comparison of samoans in Samoa and California. *Arch Gen Psychiatry* 38, 231.