



JOHNS HOPKINS
UNIVERSITY

LOS AÑOS DE LA ADOLESCENCIA EXPLICADOS:

UNA GUÍA PARA EL DESARROLLO SANO DE LAS Y LOS ADOLESCENTES

Por Clea McNeely, MA, DrPH y Jayne Blanchard

Los años de la adolescencia son una época de oportunidad, no de confusión.

Los años de la adolescencia explicados: Una guía para el desarrollo saludable de las y los adolescentes describe los cambios normales físicos, cognitivos, emocionales y sociales, sexuales, la formación de la identidad, los cambios espirituales que ocurren durante la adolescencia y cómo los adultos pueden promover el desarrollo saludable. Entender estos cambios en el desarrollo — qué está pasando y por qué— puede ayudar tanto a los adultos como a los adolescentes a disfrutar la segunda década de vida. La guía es un recurso esencial para los que trabajan con la juventud.

© 2015 versión en español por el Centro para la Salud de los Adolescentes de at Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health

La traducción al español de esta guía fue subvencionada por fondos federales (ACYF) de la Propuesta Puerto Rico *Abstinence Education Grant Program*, HHS-2014-ACF-ACYF-AEGP-0950 otorgados a la División de Madres, Niños y Adolescentes del Departamento de Salud de Puerto Rico

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de este libro puede ser usada o distribuida por ningún medio sin permiso por escrito del centro, excepto en citas breves y artículos críticos o revisiones.

Impreso en los Estados Unidos de América. Impresión y distribución por el Centro para la Salud de los Adolescentes de Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

Para información adicional sobre la Guía y para ordenar copias adicionales, favor de contactar:

Center for Adolescent Health
Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health
615 N. Wolfe St., E-4543
Baltimore, MD 21205
www.jhsph.edu/adolescenthealth
410-614-3953
ISBN 978-0-692-53291-1

Versión en inglés diseñada por Denise Dalton de Zota Creative Group
Adaptación al español por Gabriela Calderón Velázquez de Johns Hopkins University

LOS AÑOS DE LA ADOLESCENCIA EXPLICADOS: UNA GUÍA PARA EL DESARROLLO SANO DE LAS Y LOS ADOLESCENTES Clea McNeely y Jayne Blanchard

LOS AÑOS DE LA ADOLESCENCIA EXPLICADOS



UNA GUÍA PARA EL
DESARROLLO
SANO DE LAS Y LOS
ADOLESCENTES



Clea McNeely, MA, DrPH y Jayne Blanchard

Traducción: **Yara Alma**

Adaptación: **Lyzbeth Cordero DrPH, LND y**

Gabriela Calderón Velázquez MSED



LOS AÑOS DE LA ADOLESCENCIA EXPLICADOS

UNA GUÍA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE DE LAS Y LOS ADOLESCENTES

Por
Clea McNeely, MA, DrP
Jayne Blanchard

Prólogo por
Nicole Yohalem
Karen Pittman

Versión al español

Traducido por
Yara Alma

Adaptación por
Lyzbeth Cordero

Gabriela Calderón Velázquez MEd



JOHNS HOPKINS
BLOOMBERG
SCHOOL of PUBLIC HEALTH



CENTER for
ADOLESCENT
HEALTH



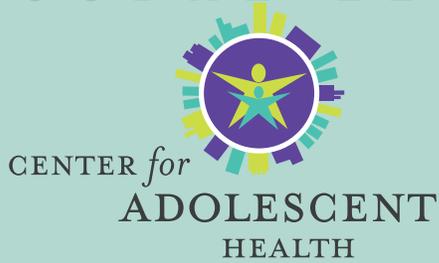
CONTENIDO

<i>Sobre el Centro para la Salud de los Adolescentes</i>	vi
<i>Agradecimientos</i>	vii
<i>Prólogo por Nicole Yohalem y Karen Pittman</i>	xi
<i>Introducción</i>	1

CAPÍTULOS

1 <i>El desarrollo físico</i>	7
<i>Sobre el cerebro</i>	16
<i>La obesidad: nutrición y ejercicio</i>	17
2 <i>El desarrollo cognoscitivo</i>	21
<i>El sueño</i>	28
<i>Los efectos del tabaco, alcohol y drogas en el cerebro de los adolescentes</i>	29
3 <i>El desarrollo emocional y social</i>	31
<i>El estrés en la adolescencia</i>	38
<i>El acoso escolar o Bullying</i>	40
4 <i>Formar una identidad</i>	45
<i>La salud mental</i>	54
5 <i>La sexualidad</i>	59
6 <i>La espiritualidad y religión</i>	73
7 <i>Perfiles del desarrollo</i>	81
8 <i>Conclusión</i>	89
 <i>Recursos y futuras lecturas</i>	 91
<i>Referencias bibliográficas</i>	95

SOBRE EL CENTRO PARA LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES



Sobre el Centro para la Salud de los Adolescentes es un centro de investigación preventiva de *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health* (la escuela de salud pública de la universidad Johns Hopkins), financiado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, *por sus siglas en inglés*). En el Centro estamos comprometidos a ayudar a la juventud de las zonas urbanas a crecer y convertirse en personas adultas saludables y productivas. Junto con organizaciones comunitarias aliadas, el Centro realiza investigaciones para identificar las necesidades y las fortalezas de los jóvenes. Asimismo, evalúa y asiste a los programas, para promover la salud y el bienestar de la juventud. Nuestra misión es trabajar junto a los jóvenes, quienes trabajan con la juventud, los residentes de las comunidades, las personas que formulan política pública, los administradores de programas para jóvenes, para ayudar a los jóvenes a desarrollar estilos de vida saludables.

AGRADECIMIENTOS

Los autores de *Los años de la adolescencia explicados: Una guía para el sano desarrollo de las y los adolescentes* desean expresar su más sincero agradecimiento a las siguientes personas por todo su apoyo y dirección durante la creación de la versión en inglés de este libro:

Freya Sonenstein, PhD

Cheryl De Pinto, MD, MPH

Nicole Yohalem

Karen Pittman

La elaboración de la Guía versión en inglés ha sido posible gracias al financiamiento otorgado por parte de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) para el Centro para la Salud de los Adolescentes de Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, miembro del Programa de Centros para la Investigación de Prevención (CDC acuerdo de cooperación 1-U48-DP-000040). Nos gustaría también agradecer a la Fundación Charles Crane Family y la Fundación Shapiro Family por su apoyo para la Guía.

Miembros del Comité Científico Asesor

El Comité Científico Asesor proporcionó información en la revisión profesional de los capítulos.

Les agradecemos su invaluable contribución.

● **Catherine Bradshaw, PhD**

Professor & Associate Dean for Research and Faculty Development
Curry School of Education,
University of Virginia

● **Robert Crosnoe, PhD**

Professor & Chair, Department of Sociology & Population Research Center, University of Texas at Austin

● **Nikeea C. Linder, PhD, MPH**

Staff Psychologist, Division of General Pediatrics and Adolescent Medicine, Department of Pediatrics, Johns Hopkins School of Medicine

● **Jacinda Dariotis, PhD**

Director, Evaluation Services Center & Associate Professor School of Education, University of Cincinnati

● **Sara Johnson, MPH, PhD**

Director, General Academic Pediatrics Fellowship, Associate Professor, Department of Population, Family & Reproductive Health, Johns Hopkins School of Medicine & Bloomberg School of Public Health

● **Lisa Pearce, PhD**

Associate Professor & Associate Chair, Department of Sociology Fellow, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill

● **Arik V. Marcell, MD, MPH**

Associate Professor, Division of General Pediatrics & Adolescent Medicine, Department of Pediatrics & Department of Population, Family & Reproductive Health, Johns Hopkins School of Medicine & Bloomberg School of Public Health

● **Stephen T. Russell, PhD**

Fitch Nesbitt Endowed Chair and Director, Frances McClelland Institute, Family Studies and Human Development, University of Arizona

● **Freya L. Sonenstein, PhD**

Professor Emeritus, Department of Population, Family & Reproductive Health Center for Adolescent Health Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health

● **Janis Whitlock, MPH, PhD**

Director, Cornell Research Program on Self-Injurious Behavior, Research Scientist, Family Life Development Center, Lecturer, Human Development Department, Cornell University

Miembros del Coloquio sobre los Adolescentes

El Coloquio sobre los Adolescentes fue formado por el Centro para la Salud de los Adolescentes en el 2005 con el fin de darle forma al contenido de la Guía y dar sugerencias durante el proceso de edición y diseño. Les agradecemos su dedicación.

- **Rebkha Atnafou, MPH**
Executive Director, The After-School Institute
- **Robert Blum, MD, MPH, PhD**
Director, Urban Health Institute, William H. Gates, Sr. Professor & Chair, Department of Population, Family & Reproductive Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health
- **Jean-Michel Brevelle**
Sexual Minorities Program Manager, Maryland AIDS Administration
- **Peter R. Cohen, MD**
Medical Director, Alcohol & Drug Abuse Administration, Maryland Department of Health & Mental Hygiene
- **Barbara Conrad**
Chief, Division of Sexually Transmitted Diseases/HIV Partner Notification, Maryland Department of Health & Mental Hygiene
- **Cheryl De Pinto, MD, MPH**
Medical Director, Child, Adolescent, & School Health, Center for Maternal & Child Health, Maryland Department of Health & Mental Hygiene
- **Christine Evans**
Community Health Educator, Center for Maternal & Child Health, Maryland Department of Health & Mental Hygiene
- **Marina Finnegan, MHC**
Director of Prevention Strategies, Governor's Office for Children, Maryland
- **Patricia I. Jones, BS**
Abstinence Education Coordinator, Center for Maternal & Child Health, Maryland Department of Health & Mental Hygiene
- **Mary Anne Kane-Breschi**
Office for Genetics & Children with Special Health Care Needs Resource Development, Maryland Department of Health & Mental Hygiene
- **Rebekah Lin**
Communications & Technical Assistance Specialist, The After-School Institute
- **Pam Putman**
Healthy Teens & Young Adults Family Planning & Reproductive Health, Maryland Department of Health & Mental Hygiene
- **Ilene Sparber, LCSW-C**
Interagency Coalition on Teen Pregnancy & Parenting, Montgomery County Department of Health & Human Services
- **Mischa Toland**
Interagency Coalition on Teen Pregnancy & Parenting, Montgomery County Department of Health & Human Services
- **Carmi Washington-Flood**
Chief, Office of Community Relations & Initiatives, Maryland Department of Health & Mental Hygiene
- **Pearl Whitehurst**
Program Coordinator, Office of Community Relations & Initiatives, Maryland Department of Health & Mental Hygiene

Agradecimientos Adicionales

Denise Dalton, David Jernigan, PhD, Meg Tucker, Seante Hatcher, Beth Marshall, Rosemary Hutzler, Ann Stiller

Nos gustaría agradecer a los jóvenes que contribuyeron con las frases que se encuentran en la Guía.

Agradecimientos especiales a Layne Humphrey y Christine Verdun Schoenberger por su dedicación y arduo trabajo en las primeras versiones de la guía en inglés.

AGRADECIMIENTOS

La traducción al español de esta guía fue subvencionada por fondos federales (ACYF) de la Propuesta Puerto Rico Abstinence Education Grant Program, HHS-2014-ACF-ACYF-AEGP-0950 otorgados a la División de Madres, Niños y Adolescentes del Departamento de Salud de Puerto Rico.

El Centro para la Salud de los Adolescentes desea agradecer a todas las personas que ayudaron en la traducción y adaptación del contenido de la guía al español.

- **Yara Alma**
Traductora Graduada Profesional (Inglés-Español) de Puerto Rico
- **Lyzbeth Cordero DrPh, LND**
División de Madres, Niños y Adolescentes del Departamento de Salud de Puerto Rico
- **Gabriela Calderón Velázquez MSED**
Project Coordinator Johns Hopkins University School of Medicine
- **Guadalupe Toledo Antúnez**
Maestría en Estudios Latinoamericanos, Lingüística
Universidad de Leiden, Países Bajos
- **Manuel Calderón Velázquez**
Licenciatura en Docencia
UAEM
- **Reyna Luna Saavedra**
Maestría en Psicología
Universidad Autónoma de México
- **Melissa Pedroza**
BA Psychology
Johns Hopkins University
- **Itzel Eguiluz**
Doctora en Migraciones Internacionales. MC en Salud Reproductiva
- **Jesús Eusebio-Pérez**
General Pediatrics and Adolescent Medicine, Johns Hopkins University
- **Félix Gerardo Calderón Velázquez**
Licenciatura en Antropología Social
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
- **María Inés Siria Montaña**
Licenciatura en Psicología,
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
- **Eréndira Marín Mendoza**
Maestría en Salud Pública
Instituto Nacional de Salud Pública
- **Andreina V. Colatosti Catanho**
BA Biology, 2016
Johns Hopkins University
- **Isabel Cristina Huerta**
BA Public Health, MHS Biochemistry and Molecular Biology JHU
- **Gina Báez**
LIDILE Uni. de Guadalajara
MA Comunicaciones Interculturales, UMBC. BCHD
- **Gloria I. Montalvo-Ortega, MD**
Associate Director
Comprehensive Adolescent Health Program Maternal, Child and Adolescent Health Division Puerto Rico Department of Health
- **Daysi Omara López Rivas**
BA Nursing Notre Dame MD
- **Fabiola Palacios LAE**
- **Karla Lopez** diseñadora de www.komlep.com
- **Cecilia Salazar PhD**

Especial agradecimiento a:

- **Manuel. I. Vargas-Bernal, MD, MPH**
Authorized Representative Puerto Rico Abstinence Education Program
Director
Maternal, Child and Adolescent Health Division
Puerto Rico Department of Health
- **Terrinieka W. Powell PhD**
Assistant Professor
Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health
Department of Population, Family and Reproductive Health
Center for Adolescent Health
- **Beth Marshall Dr P.H**
Assistant Scientist
Associate Director of Center for Adolescent Health
Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health

PRÓLOGO

Por Nicole Yohalem and Karen Pittman, Forum for Youth Investment

Desde el 2002, cuando se publicó el libro “Programas comunitarios para promover el desarrollo de la juventud” (*Community Programs to Promote Youth Development*), no se había recomendado añadir ninguna publicación muy extensa a la lista de lecturas obligatorias para personas que trabajan con jóvenes, maestros, padres y personas interesadas en garantizar el desarrollo positivo de los jóvenes. Ahora ha llegado el momento de hacer espacio en sus libreros con la publicación de “Los años de la adolescencia explicados: Una guía para el desarrollo saludable de las y los adolescentes” (*The Teen Years Explained: A Guide to Healthy Adolescent Development*).

En esta publicación, las autoras presentan la ciencia que explica el periodo de la adolescencia en un lenguaje sencillo y producen un recurso tanto completo como fácil de asimilar, que 1) explica los procesos complejos del desarrollo sin simplificarlos demasiado; 2) reta a las personas adultas a invertir más atención, tiempo y recursos en los adolescentes durante su transición a la adultez, y las empodera para lograrlo; y 3) brinda a las personas profesionales del campo del desarrollo juvenil el conocimiento que necesitan para asegurarse de que el desarrollo saludable del adolescente sea una meta explícita de su trabajo.

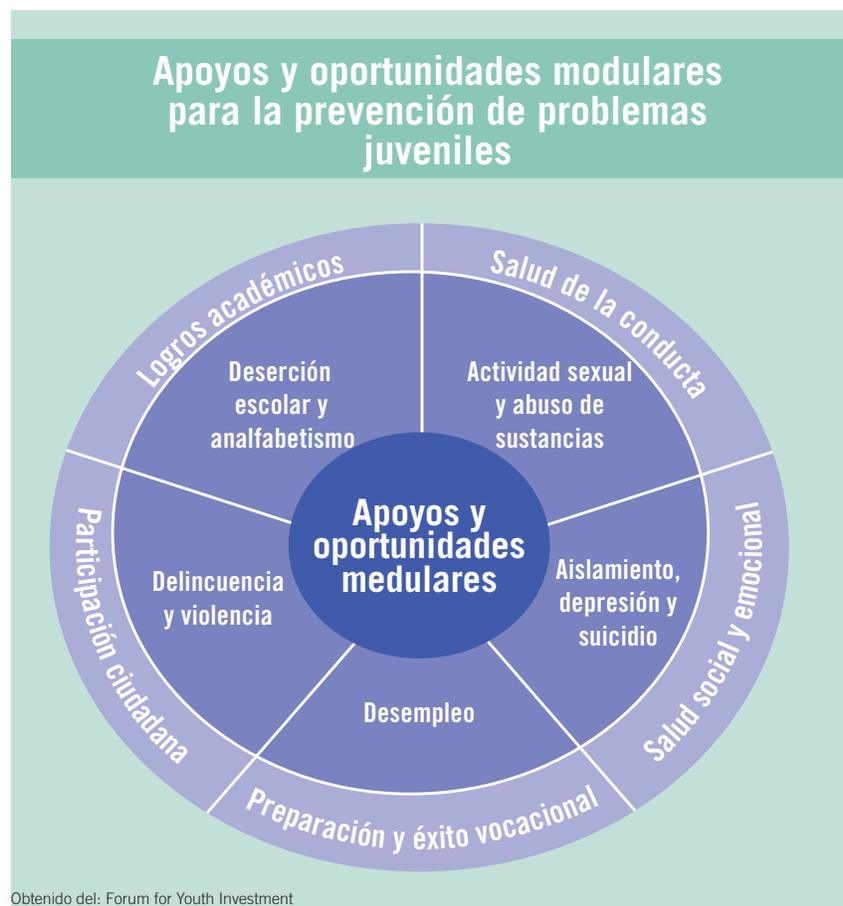
Desde la teoría básica del desarrollo social hasta las ideas más avanzadas de la neurociencia, todo está incluido en esta guía. Por ello, ésta sirve para recordar algunos de los principios clave del movimiento del desarrollo de la juventud y funciona como recurso para aquellos adultos que están ayudando a adolescentes a navegar por un mundo que probablemente encuentran muy distinto al que les rodeó en su propia niñez y adolescencia.

El *Forum for Youth Investment* está comprometido a apoyar a los líderes que trabajan con temas sobre la juventud. Tratamos de establecer relaciones con cada líder esté donde esté, también ayudándole a reconocer un camino más audaz. A menudo, ciertos lemas o eslogan nos ayudan en este propósito, y esta guía refuerza tres de esos lemas en particular.

1. No tener problemas no significa estar completamente preparado

Durante la década del 1990, esta frase nos ayudó tanto a transmitir la necesidad de reducir los riesgos como a destacar los acercamientos para reducirlos. Sólo asegurarse de que las personas adolescentes lleguen a la adultez sin adicciones, sin haber abandonado la escuela y sin historial de arresto, demuestra una falta de visión de futuro y refleja expectativas muy bajas. Por otro lado, darle la bienvenida a la adolescencia como un periodo de oportunidades resulta difícil, dado los riesgos reales asociados a este periodo y las cifras inaceptables de jóvenes que están, de hecho, aislados peligrosamente. No obstante, contextualizar el desarrollo como un proceso positivo y normativo es vital si los padres, profesionales e instituciones van a ser capaces de apoyar, socializar, desafiar e instruir a las personas jóvenes bajo su cargo.ⁱ

Sin especificar en detalle las prácticas eficaces, esta guía refuerza la idea de que los esfuerzos que han tenido éxito previniendo problemas particulares y promoviendo el desarrollo positivo dependen de relaciones que sirvan de apoyo, la información correcta y oportunidades para desarrollar las destrezas.ⁱⁱ



Las personas y organizaciones que trabajan con jóvenes han asumido como suyas las áreas de trabajo denominadas en la figura (p. ej., la salud social y emocional, la participación ciudadana y la salud del comportamiento) y de manera creciente son objeto de presión para que asuman otras áreas (p. ej., lo académico y la salud física). La evidencia científica hoy día sostiene con firmeza la noción de que, si bien el desarrollo ocurre dentro de una gama de áreas diferentes, los procesos de desarrollo están entrelazados de formas inseparables. Nos guste o no, el trabajo con jóvenes es una tarea interdisciplinaria. La salud del comportamiento afecta el aprendizaje; el desarrollo cognoscitivo afecta la salud de la conducta; la participación ciudadana tiene influencia sobre el desarrollo de la identidad.

Esta guía describe y enlaza los procesos que suceden en la gama de dominios del desarrollo y vuelve a destacar temas tales como la importancia de las relaciones positivas, y con ello, recuerda a sus lectores que los profesionales eficaces —ya sean empleados de programas extracurriculares, centros de adolescentes, escuelas, tribunales, campamentos u hospitales— comprenden lo básico del desarrollo en la adolescencia y sus implicaciones para los propósitos de crear ambientes propicios para el aprendizaje donde los adolescentes pueden florecer.

2. Los jóvenes no crecen en programas, sino dentro de comunidades

Esta guía evade con elegancia el debate científico sobre el papel que desempeña la naturaleza versus el de la crianza en el desarrollo humano, e ilustra cómo el desarrollo es tanto un proceso individual como uno que recibe influencias significativas de parte de los contextos formales e informales en que ocurre.

Día tras día, los jóvenes interactúan en muchos ambientes —de familia, institucionales, informales y virtuales—. La serie de ambientes con los que se encuentran crece según la autonomía creciente de la adolescencia. Cada uno de estos ambientes representa una oportunidad para el desarrollo, el caos o para ambos. El desarrollo cognoscitivo no se detiene después de que suena la campana de salida de la escuela y el desarrollo social no comienza al llegar al centro para adolescentes.

Esta guía nos desafía a que recordemos que, si bien no tendremos (ni deberemos tener siempre) el control sobre los adolescentes, sí podemos acondicionar muchos de los entornos en los que pasan el tiempo. Crear contextos que auspicien el crecimiento y minimicen los riesgos requiere el tipo de conocimiento práctico sobre el desarrollo del adolescente que provee esta guía.

3. Necesitamos métodos que giren en torno a los jóvenes, y no alrededor de los sistemas

La vasta mayoría de las conversaciones sobre políticas y prácticas en torno al bienestar de los jóvenes que están ocurriendo en el país se concentran en sistemas. ¿Cómo puede el sistema de justicia juvenil prevenir mejor la delincuencia juvenil? ¿Cómo podemos mejorar el sistema escolar para aumentar la participación estudiantil? Cada vez más a menudo, las conversaciones están ocurriendo entre múltiples sistemas: ¿Cómo pueden el sistema de justicia juvenil y el de bienestar social infantil trabajar juntos para apoyar mejor a los jóvenes en transición de la niñez a la adultez? ¿Cómo pueden trabajar juntas las escuelas y las organizaciones comunitarias para reducir la tasa de deserción escolar?

Si bien estos intentos de coordinación entre sistemas son prometedores, en su mayoría, las conversaciones siguen centradas alrededor de los sistemas. Como consecuencia, se organizan alrededor del peritaje y los supuestos sobre sistemas, y están circunscritos a esos conocimientos, en contraste con el peritaje y los supuestos sobre los jóvenes y sus necesidades de desarrollo. El eje de esta guía es la juventud; la adolescencia se describe a lo ancho de toda su complejidad en términos fáciles de asimilar.

A través de los años, el *Forum for Youth Investment* se ha alejado de dirigir usando términos como “desarrollo del adolescente” y “desarrollo de la juventud”. Nuestra experiencia ha sido que quienes toman decisiones sencillamente están más interesados en los resultados que en los procesos, más aún cuando se trata de adolescentes y adultos jóvenes. Así pues, declaramos que queremos ayudar a las y los líderes a intensificar el efecto de los recursos económicos y humanos ya dirigidos a abordar problemas específicos (p. ej., los embarazos de adolescentes, la deserción escolar en el nivel secundario y la violencia), y articulamos una meta sencilla: garantizar que todas y todos los jóvenes estén “listos al cumplir los 21 años” —listos para la universidad, el trabajo y la vida—.

Si estamos hablando en serio sobre mejorar las probabilidades de éxito de las personas jóvenes —al hablar de que estén listos para la universidad, el trabajo y la vida—, entonces nuestra responsabilidad como profesionales, promotores y formuladores de políticas es utilizar la información que contiene esta guía para cuestionar los supuestos sobre los cuales operamos, asignar nuestros recursos y repensar nuestros acercamientos. Le damos la bienvenida a esta guía como una herramienta esencial para toda persona adulta que tenga contacto con jóvenes. Esta guía nos ayuda a estar listos y listas para ayudarlos a estar listos y listas.

ⁱPittman, K., Irby, M., Tolman, J., Yohalem, N., & Ferber, T. (2003). *Preventing Problems, Promoting Development, Encouraging Engagement: Competing Priorities or Inseparable Goals?* Disponible en el internet en www.forumfyi.org.

ⁱⁱForum for Youth Investment. (2005, May/June). *What's Health Got to Do With It?* Forum Focus, 3(2). Washington, DC: Forum for Youth Investment, Impact Strategies, Inc. Disponible en internet en www.forumfyi.org.

Con la finalidad de ofrecer un texto de fácil lectura, a lo largo de esta guía utilizamos el artículo plural “*los*” al referirnos a grupos que incluyen tanto al género masculino como al femenino, dando la misma importancia a ambos géneros. De esta manera en frases como “Los adolescentes son felices” se incluyen tanto a *las* adolescentes del género femenino como a *los* adolescentes del género masculino, o en frases como “Los padres ayudan” se incluye tanto a las madres como a los padres.

INTRODUCCIÓN



Por qué es importante comprender el desarrollo de los adolescentes

El propósito de esta guía es servir de recurso indispensable para quienes trabajan con jóvenes y las organizaciones que les brindan servicios a jóvenes.

Excepto por la infancia, en ningún otro periodo de crecimiento los seres humanos experimentan tanto desarrollo en tan corto tiempo. Durante la adolescencia, nuestros hijos e hijas ganan el 50 por ciento del peso que tendrán de adultos, desarrollan la capacidad para reproducirse y experimentan una transformación impresionante en su cerebro. Todos estos cambios ocurren en el contexto de esferas sociales en rápida expansión, y de hecho las hacen posibles. Los jóvenes

empiezan a asumir responsabilidades de adultos, tales como conseguir un trabajo, descifrar relaciones románticas y aprender a ser un buen amigo.

Comprender estos cambios —qué está pasando en términos de desarrollo y por qué— puede serles útil tanto a los adultos como a los adolescentes para disfrutar la segunda década de vida de los jóvenes. El conocimiento sobre el desarrollo saludable del adolescente empodera a las personas que trabajan con jóvenes para adelantar el desarrollo de los adolescentes. Además, nos permite mantener una apreciación así como tener compasión hacia las alegrías y las molestias de la adolescencia: el entusiasmo, las inseguridades, la disposición hacia tomarse riesgos y el

extraordinario incremento en competencias.

El desarrollo saludable del adolescente

La mayoría de los libros sobre la adolescencia destacan los problemas que los adolescentes enfrentan y cómo los adultos pueden ayudar a resolverlos. De la abundante selección de recursos concentrados en sobrevivir la adolescencia, está ausente una descripción de lo que sucede para la vasta mayoría de los jóvenes: el desarrollo normal y saludable. Esta guía es un intento por llenar ese vacío. Describe los cambios que ocurren durante la adolescencia y cómo los adultos pueden promover el desarrollo saludable.

La guía se sostiene sobre ciertas ideas clave, todas respaldadas por la evidencia de investigaciones: 1) la adolescencia es un periodo de oportunidad, no de confusión; 2) el desarrollo normal y saludable no es uniforme y constante; 3) los jóvenes desarrollan características positivas mediante el aprendizaje y la experiencia; y 4) la comunidad en general desempeña un papel fundamental y esencial en ayudar a los jóvenes a alcanzar la adultez de manera exitosa.

La adolescencia es un periodo de oportunidad, no de confusión

Las investigaciones demuestran que la adolescencia —en contraste con las opiniones que predominan en los medios de comunicación y la cultura— es en realidad positiva tanto para los adolescentes como para los adultos. La mayoría de los adolescentes se desenvuelven bien en la escuela, tienen cercanía con sus familias y comunidades, y salen de sus años de adolescencia sin experimentar problemas serios, tales como el abuso de sustancias o involucrarse en situaciones de violencia. Aunque experimentan las emociones de manera intensa —una de las consecuencias del desarrollo cerebral—, para la mayoría de las y los adolescentes, estos años no se caracterizan por la angustia existencial y la confusión. En su lugar, se trata de un periodo de desarrollo social, emocional y cognoscitivo concentrado.

El desarrollo normal y saludable no es uniforme y constante

La adolescencia incluye periodos de rápido crecimiento corporal y el surgimiento de características sexuales secundarias (p. ej., los senos en las niñas y la voz más profunda en los niños). Lo que no es visible son los cambios fisiológicos, cognoscitivos y emocionales. Los cambios en estos múltiples frentes no siempre ocurren sincronizados. Física y sexualmente, los jóvenes pueden madurar para mediados de la adolescencia, en especial las niñas.

No obstante, el proceso de transformar el cerebro relativamente ineficiente de un niño o una niña al cerebro de un adulto, que es más hábil y eficaz, puede tomar hasta los 25 años.

Para añadir más complejidad, este patrón desarmonizado de desarrollo puede parecer estar en cambio constante. En la adolescencia temprana, una joven puede estar atrasada físicamente y adelantada emocionalmente. Este patrón puede invertirse más adelante, a medida que ocurran los “estirones” o brotes de crecimiento en diferentes áreas de desarrollo.

Estas disparidades en el desarrollo exigen un respaldo dinámico de parte de los adultos interesados y compasivos. Aunque los adolescentes pueden

parecer adultos —y, a veces, querer que se les trate como adultos— todavía están en una etapa formativa. Esta guía brinda múltiples estrategias para respaldar el desarrollo de los jóvenes.

Los jóvenes desarrollan características positivas mediante el aprendizaje y la experiencia

A lo largo de toda esta guía, se utiliza el término “*desarrollo juvenil positivo*”. El desarrollo juvenil positivo consiste en comprender —una comprensión que se basa en investigaciones— que el desarrollo saludable se promueve mejor creando oportunidades para desarrollar un conjunto de activos medulares que llamamos las “5 ‘C’s’”: Competencia,

Una perspectiva abarcadora



Utilizamos el término “adolescente” a lo largo de la guía *Los años de la adolescencia explicados: Una guía para el desarrollo saludable de las y los adolescentes* para referirnos a todas y todos los jóvenes entre las edades de 10 y 19 años. El término incluye a las personas jóvenes de todas las culturas y grupos étnicos, diversidad de capacidades y discapacidades, así como a los jóvenes gays, las jóvenes lesbianas, las y los jóvenes transgénero y bisexuales.



Las 5 Cs del desarrollo positivo de la juventud

Activo	Definición	Cómo cultivarlo
COMPETENCIA	La percepción de que se tienen capacidades y destrezas propias	Proveer adiestramiento y prácticas en destrezas específicas, sean académicas o manuales/práctica
CONFIANZA	Considerarse capaz y valorarse a uno mismo	Proveer oportunidades para que los jóvenes experimenten el éxito al intentar hacer algo nuevo
CONEXIÓN	Vínculos positivos con las personas y las instituciones	Establecer relaciones entre jóvenes y sus pares o iguales, maestros y padres
CARÁCTER	Sentido de lo bueno/correcto y lo malo/incorrecto (moral), integridad y respeto hacia los parámetros de la conducta correcta	Proveer oportunidades para practicar niveles crecientes de autocontrol y para desarrollar espiritualidad
COMPASIÓN	Sentido de simpatía y empatía hacia los demás	Cuidar de jóvenes menores

Confianza, Conexión, Carácter y Compasión (ver cuadro arriba). Cada adolescente desarrolla estos activos medulares al experimentarlos en su vida. Una persona joven aprende que es buena en algún área (la competencia) cuando se le brinda la oportunidad de intentar y practicar actividades nuevas. De manera similar, una persona joven aprende a expresar el cariño al ser objeto de cariño y atención, y desarrolla carácter practicando el autocontrol.

El desarrollo juvenil positivo como marco de trabajo (framework) amplía la mirada tradicional de “reducción de riesgo”. Los programas que se basan en el marco de trabajo tradicional —que no deja de ser importante— tienden a concentrarse en evadir lo malo: las drogas, el sexo sin protección, conducir bajo los efectos del alcohol, o abandonar la escuela. Aunque se ha demostrado que muchas estrategias de reducción de riesgo son efectivas, las investigaciones en el campo del desarrollo juvenil positivo demuestran que “no tener problemas no significa

estar completamente preparado”. El desarrollo saludable del adolescente exige crear oportunidades para que los adolescentes tengan vivencias, aprendan y practiquen las 5 Cs. Algunos ejemplos de estrategias eficaces para promover el desarrollo saludable se ofrecen a lo largo de la guía.

La comunidad tiene un papel que desempeñar: Colocar la adolescencia en contexto

Antes de mediados de la década del 1980, las investigaciones sobre la adolescencia se concentraban en el desarrollo y la conducta solamente, así que se observaba el crecimiento físico y cómo actuaban los adolescentes. Se prestaba muy poca atención a los escenarios en los que vivían los niños. En tiempos más recientes, las investigaciones han comenzado a examinar los contextos en que se desarrollan los adolescentes. El contexto se refiere al entorno en que un niño está creciendo. Los lugares en que los jóvenes pasan el tiempo —en el hogar, con amigos y amigas, en

la escuela, frente al televisor, viendo películas u otros medios, o en el vecindario— tienen influencia sobre su desarrollo.

Las investigaciones comienzan a mostrar interacciones complejas entre la persona joven y su contexto. El entorno y las experiencias de las personas pueden tener influencia sobre su desarrollo emocional, cognoscitivo e incluso físico. Al mismo tiempo, los adolescentes no solo reciben de forma pasiva la experiencia, de manera que todos responden al estímulo de desarrollo de la misma manera. Por el contrario cada joven interpreta y responde a cada experiencia nueva a través del lente de su personalidad inherente y de sus experiencias previas.

¿Qué significa esto para las personas que trabajan con jóvenes? Es indispensable comprender las fortalezas y las necesidades de los adolescentes al diseñar programas o estrategias para promover la salud. También es importante considerar el contexto o el escenario en que un adolescente vive, y abordar los riesgos y los activos de ese

Glosario de términos



“*Los años de la adolescencia explicados: Una guía para el desarrollo saludable de las y los adolescentes*” utiliza ciertos términos clave a lo largo de todo el texto. A continuación encontrará las definiciones.

ADOLESCENCIA La adolescencia suele definirse como la segunda década de vida y es el periodo de transición entre la infancia y la adultez. Los investigadores ahora señalan que los cambios corporales y cerebrales asociados a la adolescencia puede que comiencen desde tan temprano como los 8 años de edad y se extiendan hasta tan tarde como los 24 años.

CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD Son conductas que aumentan la probabilidad de que uno experimente un efecto de salud negativo. Por ejemplo, participar en relaciones sexuales sin protección es una conducta de riesgo para la salud que hace a una persona más susceptible a contagiarse de infecciones de transmisión sexual y de tener un embarazo no planificado. En general, a las conductas de riesgo para la salud se les llama conductas riesgosas o comportamientos riesgosos.

DESARROLLO JUVENIL POSITIVO El desarrollo juvenil positivo es un marco de trabajo para desarrollar estrategias y programas que promuevan el desarrollo saludable de la juventud. El mismo enfatiza fomentar resultados de desarrollo positivo brindándoles a las personas jóvenes las experiencias y las oportunidades para generar activos medulares de desarrollo. La lista de activos de desarrollo medulares incluye usualmente lo que se conoce como las 5 Cs: la competencia, la confianza, la conexión, el carácter, y la compasión.

FACTORES DE PROTECCIÓN Son las características o conductas que aumentan la probabilidad de experimentar un resultado positivo (por ejemplo, la presencia de un adulto interesado y compasivo es un factor de protección para el

éxito escolar). Los factores de protección promueven el desarrollo saludable de manera directa y también reducen el impacto negativo de los factores de riesgo. Existen factores de protección donde sea que uno encuentra jóvenes —en la escuela, el hogar y la comunidad—. Incluidos entre los factores de protección se encuentran variables tales como una relación de largo plazo con una persona adulta interesada y compasiva, oportunidades para desarrollar destrezas y hacerse experto en alguna actividad, y pertenecer a un grupo de amigos que valoren los logros académicos. Los factores de protección también pueden ser interiores en una persona, como, por ejemplo, tener un temperamento optimista.

PUBERTAD La Organización Mundial de la Salud define la pubertad como “el periodo de la vida en que el niño o la niña experimenta cambios físicos, hormonales, sexuales y sociales, y surge la capacidad de reproducirse”. La pubertad se asocia al crecimiento acelerado y a la aparición de características sexuales secundarias. Suele comenzar para las niñas entre las edades de 8 y 13 años, y para los niños entre los 9 y 14 años, y puede continuar hasta la edad de 19 años o más.

FACTORES DE RIESGO Son características o conductas que aumentan la probabilidad de experimentar un resultado negativo. Por ejemplo, fumar es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades del corazón, y la crianza estricta es un factor de riesgo para la depresión. Al igual que con los factores de protección, los factores de riesgo pueden ser inherentes (p. ej., tener una vulnerabilidad genética a una enfermedad), ambientales (p. ej., estar expuesto al plomo o vivir en un vecindario peligroso) o conductas aprendidas (p. ej., no utilizar el cinturón de seguridad mientras uno viaja en un vehículo de motor en movimiento).

entorno.

Cómo se usa esta guía

Diseñamos esta guía para que le sea útil tanto al lector que tiene cinco minutos como al que tiene cinco horas. Cada capítulo describe un aspecto diferente de desarrollo —el físico, el cognoscitivo, el emocional y social, el de identidad, el sexual y el espiritual—. No es necesario leer

los capítulos en orden, dado que el desarrollo del adolescente no sucede en orden. El capítulo final fusiona las varias dimensiones del desarrollo en un solo paquete y regresa al tema de que el desarrollo ocurre a velocidades diferentes. Dentro de cada capítulo hay consejos sobre cómo promover el desarrollo saludable del adolescente. Estos también se pueden leer por separado. Finalmente, a

lo largo de toda la guía hemos colocado dos o tres páginas de descripciones sobre asuntos particulares, que los jóvenes o personas que trabajan con ellos nos han señalado como importantes para ellos. Estas descripciones, incluyen, entre otros asuntos, la obesidad y la nutrición, el estrés, el bullying o acoso de iguales, y los efectos de las drogas y el alcohol en el cerebro del adolescente.

EL DESARROLLO FÍSICO

CAPÍTULO 1



La pubertad: el tiempo en el que sucede varía entre las personas jóvenes

Quizás los cambios físicos sean la señal más perceptible de que un niño o una niña esté comenzando su adolescencia. Las transformaciones físicas de la pubertad afectan todos los aspectos de la vida de un adolescente. Los cambios físicos pueden conducir a cambios en los círculos de amistades, en cómo las adultos observan a la persona adolescente y en cómo él o ella se percibe a sí misma.

Entre los seres humanos hay mucha variabilidad en el comienzo de la pubertad, definida ampliamente como los cambios físicos y biológicos que ocurren durante la adolescencia que desembocan en la capacidad para reproducirse.

Para las niñas, la pubertad puede

comenzar tan temprano como a los 8 años de edad. Ellas experimentan un brote de crecimiento rápido que suele comenzar alrededor de los 10 años de edad. Este brote de crecimiento dura unos cuantos años, y luego continúan creciendo más lentamente hasta que cumplen los 17 o 18 años. Durante la pubertad, se desarrollan los botones mamarios, aparece el vello púbico, aumenta la altura, comienza la menstruación y se ensanchan las caderas. El brote de crecimiento de los niños suele comenzar uno o dos años después del de las niñas y ellos se siguen desarrollando por tres o cuatro años más que las niñas. Así que entre ellos, es posible no terminar de crecer hasta cumplidos los 21 años de edad.

En los niños aparece el vello púbico, se alarga el pene, aumenta la altura, se engrosa el tono de la voz y se desarrolla la masa muscular. Los efectos de las hormonas sobre diferentes partes del cuerpo desatan la pubertad. Las hormonas nuevas pueden estar funcionando durante varios meses previos a que el desarrollo sea evidente. Para los varones adolescentes, de hecho, los cambios no son visibles hasta más tarde

“Tengo una buena imagen corporal. Si no tienes una buena imagen corporal, entonces te presionarás y presionarás hasta que pienses que estás perfecta.”

Niña, 12

en el proceso del desarrollo.

Desde la perspectiva del adolescente, la pubertad enfoca toda la atención sobre la propia imagen corporal. La imagen corporal propia es el retrato de la apariencia física que una persona tiene de sí misma en su mente. Se trata del concepto que uno tiene de su cuerpo en transición —cómo se siente, cómo se mueve en el espacio, cómo se ve en el espejo y cómo uno cree que se ve para las demás personas—. Las emociones, las percepciones, las sensaciones físicas, la experiencia y el ánimo le dan forma a la imagen corporal propia. Los mensajes culturales y los parámetros sociales pueden tener una gran influencia también sobre esta imagen.

¿Por qué me veo tan diferente en comparación con mis amigos?

Algunos adolescentes comienzan a madurar temprano mientras, para otros, el desarrollo inicia más tarde. Como consecuencia, puede que algunas personas jóvenes parezcan estar en desfase en términos de desarrollo, con respecto a sus pares. Puede que los adolescentes experimenten mucha incertidumbre cuando no se ven similares a otras personas jóvenes de su edad.

Por ejemplo, una niña puede ser seis meses menor que su mejor amiga, y no obstante comenzar su menstru-



SOBRE EL CEREBRO



Estudios recientes con imágenes de resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) indican que, justo antes de la pubertad, tiene lugar una ola de alta producción de materia gris (la parte del cerebro que tiene que ver con la capacidad de pensar). Este aumento de la densidad de la materia gris llega a un nivel máximo a la edad de los 11 años en las niñas y los 12 años en los niños, después del cual la densidad de la materia gris se reduce. Antes se pensaba que los circuitos del cerebro humano solo pasaban por un periodo de “recorte” que concluía a los 3 años de edad. Ahora los investigadores han descubierto que ocurren cambios estructurales durante la adolescencia y que la materia gris de los adolescentes aumenta y disminuye en diferentes áreas de función cerebral en periodos diferentes del desarrollo humano. El desarrollo cerebral continúa hasta los 25 años de edad.

REFERENCIA: Giedd, JN, Blumenthal, J, Jeffries, NO, Castellanos, FX, Liu H, Zijdenbos, A, et al. (1999). Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nature Neuroscience*, 2(10), 861-3.

ción y a utilizar sostén (brassiere) antes que su amiga. Puede ser que un niño se mire en el espejo y se queje de verse raro porque su nariz y sus orejas de repente han crecido de tamaño mucho más que el resto de su cara, y quizá esté en lo correcto, por lo menos respecto al cambio de proporción, dado que las partes de la cara se desarrollan a ritmos diferentes, igual que sucede con las manos y los pies.

A lo largo de la duración de la adolescencia, varía el tiempo en el que ocurren los cambios físicos y cognoscitivos. Incluso cuando un adolescente tiene el tamaño de un adulto, pudiera no haberse desarrollado completamente en lo emocional o cognoscitivo. A la inversa, puede que una persona joven no se vea madura en lo físico, pero muestre destrezas más avanzadas de pensamiento abstracto y razonamiento que las de sus compañeros más maduros físicamente.

Desafíos del desarrollo temprano y el desarrollo tardío

Los desafíos más grandes para una imagen corporal propia saludable son el desarrollo temprano en las niñas y el desarrollo tardío en los niños. Para las niñas, la pubertad produce características que con frecuencia no se perciben como ideales en el cuerpo: curvas y más grasa alrededor de las caderas y

Para ayudar a los adolescentes durante la pubertad

- Enséñeles a los adolescentes sobre los hechos de la biología y la reproducción. Las personas expertas en el tema recomiendan conversar sobre la pubertad con los niños y las niñas desde los 8 o 9 años de edad —e incluso desde tan temprano como los 5 o 6 años, dependiendo de la curiosidad y el nivel de madurez— de manera que estén preparados para los cambios cuando ocurran.
- Tome en serio los comentarios del joven sobre su apariencia y dedíquele tiempo a escuchar de manera activa a este tipo de preocupaciones.
- Busque y logre que los adolescentes hablen sobre sus sentimientos y temores,

y lo que les causa estrés en relación a los cambios físicos que están ocurriendo en sus cuerpos.

- Cuando los adolescentes hablen de sus sentimientos, escuche. No interrumpa dando consejo demasiado rápido, ni —peor aún— responda diciendo que sus sentimientos son irracionales o que no tienen base. Anime a aquellos jóvenes de madurez temprana a mantenerse alejados de grupos de jóvenes mayores, y ayúdelos a establecer conexiones con gente de su propia edad.
- Comprenda que, aunque un adolescente parezca maduro físicamente, no es un adulto y usted no puede esperar que piense o actúe como una persona adulta.

“A mí me gusta tener buena salud, pero no me gusta ser bajito.”

Niño, 18

los muslos. En contraste, el cuerpo ideal masculino corresponde a menudo con el aumento de tamaño y talla, lo cual hace difícil enfrentar el desarrollo tardío para los varones.

Aunque puede que las niñas comiencen a experimentar cambios físicos antes que los niños, también es posible que ellas no se hayan desarrollado lo suficiente en el área cognoscitiva o que no tengan suficiente destreza en términos sociales para manejar el trato que reciben ahora que su cuerpo comienza a madurar con rapidez. Las señales de la pubertad entre las mujeres (en particular, el desarrollo de los senos y la menstruación) se asocian al final de la niñez y a cambios de posición social. Las niñas con senos y cuerpos más grandes pueden ser más vulnerables a recibir atención no deseada de parte de los niños varones y hombres. Puede que sientan la presión de desarrollar identidades sexuales y de buscar relaciones de naturaleza sexual, aun no sintiéndose listas para hacerlo.

Para poder ayudar a una niña que se está desarrollando temprano físicamente a enfrentar los estresores causados por su crecimiento, se deben de entender los aspectos únicos de su cultura y su entorno. Puede que también haya diferencias culturales sobre el tipo de cuerpo ideal, y sobre su forma y tamaño ideales.

Las niñas que son obesas o están en sobrepeso tienen una probabilidad mucho más alta de madurar temprano físicamente y de experimentar la *menstruación temprana*, definida como la menstruación que comienza antes de los 11 años de edad. La probabilidad es aún más alta si una de las características de la niña durante toda su niñez ha

CRECIMIENTO FÍSICO NORMAL



Niñas

- Aparecen los botones mamarios (entre los 8 y 12 años de edad), seguido por el desarrollo de los senos (13-18 años)
- Se desarrolla el vello púbico (11-14 años)
- Comienza el período de crecimiento rápido (la edad promedio, 10 años), lo cual añade pulgadas a la circunferencia de las caderas y a la altura
- Comienza la menstruación (edad promedio, 12 años, intervalo normal de edad, entre 9 y 16 años)
- Aumenta el tamaño de los ovarios, el útero, los labios genitales y el clítoris; se ensancha el endometrio y la mucosidad vaginal
- Aparece vello en las axilas (13-16 años)
- Ocurren cambios dentales, que incluyen el crecimiento de la mandíbula y el desarrollo de las muelas. Surge el olor corporal y el acné



Niños

- Aumenta el tamaño de los testículos, desde tan temprano como los 9 y medio años de edad
- Aparece el vello púbico (10-15 años)
- Comienza la espermaquia, o aparece esperma en la eyaculación
- Se extienden los genitales (11-14 años)
- Aumenta de forma acelerada el tamaño de la laringe, la faringe y los pulmones, lo cual puede conducir a alteraciones en la calidad vocal (es decir, cambio en la voz)
- Cambia el crecimiento físico (edad promedio, 14 años), se observa primero en las manos y los pies, seguido por los brazos y las piernas, y luego el tronco y el pecho
- Aumenta el peso y la masa corporal magra, y la masa muscular (11-16 años)
- Se duplica el tamaño del corazón y la capacidad pulmonar vital, aumenta la presión arterial y en el volumen de sangre
- Crece el vello facial y corporal, lo cual puede no concluir hasta mediados de los 20 años
- Ocurren cambios dentales, que incluyen crecimiento de la mandíbula y desarrollo de muelas
- Surge el olor corporal y el acné

Posibles reacciones no saludables a los cambios físicos



Es normal que las personas jóvenes se sientan conscientes de sí mismas y ansiosas sobre su apariencia. De vez en cuando, surgen dificultades más serias conforme los adolescentes manejan los cambios físicos que van experimentando. Entre estas dificultades, mencionamos:

- El temor, la confusión o apartarse de los demás, en particular durante la adolescencia temprana, entre los 10 y 14 años de edad
- La preocupación obsesiva con su apariencia
- Someterse a dietas o ejercicio en exceso
- Para las y los adolescentes que maduran más temprano, estar expuestos a situaciones sociales que no están listos para manejar (p. ej., invitaciones a fiestas de adolescentes de mayor edad)
- Experimentar depresiones y trastornos alimentarios
- Ser objeto de hostigamiento escolar o de burla (*bullying*), o ser excluido

sido el sobrepeso. La combinación del peso de más, el desarrollo temprano y la menstruación temprana puede causarle angustia, dado que la niña tiene que enfrentar tanto el cuerpo maduro, así como los prejuicios sobre el peso en exceso que están arraigados en el hogar, la escuela, los medios de comunicación y la comunidad en general.

Entre los niños, la pubertad puede traer consigo características que la cultura percibe como admirables—la altura, el grosor del cuerpo, la fuerza, la velocidad, la musculatura—. Para los varones, el desarrollo físico temprano tiene ciertos beneficios sociales, dado que puede que la altura mayor y la apariencia muscular resulten en más popularidad y confianza en sí mismos.

Sin embargo, el estrés y la ansie-

dad de los cambios físicos durante la pubertad también son típicos entre los niños que los desarrollan temprano. Puede que se presione al joven a tener sexo antes de estar listo o que reciba acercamientos sexuales que ni desea ni está preparado para manejar en términos emocionales. A menudo, los adolescentes sienten una intensa necesidad de ser aceptados, por lo cual puede que no estén bien preparados para defenderse de atenciones sexuales no deseadas.

Aquellos adolescentes que se desarrollan temprano también son más vulnerables a tomar decisiones arriesgadas porque sus cambios físicos y mentales están ocurriendo a una velocidad muy rápida. Su desarrollo físico puede atraer invitaciones y oportunidades de

parte de adolescentes de más edad así como de adultos jóvenes (ej., a fiestas, a beber, etc.), al mismo tiempo en que los cambios mentales estimulan deseos de buscar emociones y tomarse riesgos. Sin embargo, la mente del adolescente no se ha desarrollado por completo, así que el deseo de experimentación no está balanceado con la capacidad de la prudencia.

Por otro lado, el desarrollo de la pubertad a edades mayores de las promedio es totalmente normal, pero los niños y las niñas cuya madurez física es tardía pueden verse a sí mismos—o sus amigos y familia los pueden ver—como si estuvieran estancados en la niñez.

“La mejor parte de mi apariencia son mis ojos y mis labios. Las partes que menos me gustan son mi trasero, mis caderas y mis muslos.”

Niña, 15

Puede que a los jóvenes que maduran más tarde, en particular a los varones, se les excluya de ciertos deportes. Pueden ser objeto de acoso escolar y de burla, poniéndolos en mayor riesgo de baja autoestima y de depresión.

Cuando la pubertad no progresa bien

Si bien es cierto que no hay un itinerario fijo para los cambios físicos, en promedio, las niñas comienzan la pubertad cerca de los 10 años de edad con el desarrollo de los botones mamarios, la menstruación y los brotes de crecimiento suelen suceder dos años más tarde. Para los niños, el aumento de tamaño de los testículos, los brotes de crecimiento y otras señales de la pubertad suelen comenzar a los 12 o 13 años de edad—aunque algunos cambios de la pubertad pueden comenzar a los 9 años. El ritmo del proceso de madurez puede ser rápido para algunos adolescentes mientras,

Los trastornos alimentarios

El niño, al igual que la niña, puede desarrollar trastornos alimentarios, que pueden estar acompañados de distorsiones severas en la percepción de su cuerpo.

ANOREXIA NERVIOSA Pérdida de peso extrema y temor a ganar peso. Las señales de peligro incluyen la pérdida de peso dramática, la preocupación con el peso, los alimentos, las calorías, los gramos de grasa o hacer dieta, y hacer comentarios frecuentes sobre sentirse con sobrepeso no obstante a la pérdida de peso extrema.

BULIMIA NERVIOSA Las personas con bulimia consumen cantidades grandes de comida y luego vomitan o toman cantidades excesivas de laxantes para perder peso. Las señales de peligro incluyen evidencia de consumo descontrolado (“atracones”) de comida o de vómitos, ejercitarse de manera excesiva u obsesiva, y conductas rituales que acompañan sesiones de atracones y vómitos.

SÍNDROME DE DISTORSIÓN DE LA IMAGEN (O TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL) Muestra una preocupación intensa sobre un defecto percibido en la apariencia propia.

MUSCLE DYSMORPHIA Algunas veces conocida como “anorexia inversa” o vigorexia, la dismorfia muscular es una preocupación sobre la idea de que el cuerpo propio no es suficientemente delgado y muscular. Las señales de peligro incluyen hacer ejercicio y levantar pesas al grado en el que la escuela, la vida social y la vida familiar pasan a segundo plano. Los varones son más vulnerables a sufrir de dismorfia muscular, y entre los adolescentes, esto conduce a involucrarse en un comportamiento tan peligroso como el uso de esteroides.



para otros, terminar su desarrollo puede tomar cuatro o cinco años. Se denomina *pubertad precoz* cuando un niño o niña comienza su desarrollo mucho antes de lo usual. La pubertad precoz entre los niños se reconoce por el aumento del tamaño testicular o del pene, y la aparición del vello genital, corporal y facial antes de los 9 años de edad. Entre las niñas, se reconoce por el desarrollo de senos, el comienzo de la menstruación y el surgimiento de vello púbico o axilar a los 7 u 8 años de edad.

En general, se piensa que la alimentación mejorada a lo largo del siglo XX ha resultado en una pubertad más temprana, aunque también han contribuido los factores genéticos, metabólicos y ambientales.

Al crecimiento físico que ocurre mucho después del periodo promedio—por ejemplo, entre las niñas que no han desarrollado los botones mamarios para los 13 años de edad y entre los niños cuyos testículos no se han agrandado para los 13 años y medio—se le llama *pubertad*

tardía. Las causas de la pubertad tardía pueden ser patrones de crecimiento hereditarios, condiciones médicas, trastornos alimentarios, problemas de las glándulas pituitarias o tiroideas, o irregularidades cromosómicas. Las niñas que son extremadamente activas en los deportes pueden experimentar una pubertad tardía porque su nivel de ejercicio las mantiene libres de grasa, y las niñas necesitan cierta cantidad de grasa para que el periodo menstrual pueda comenzar.

Las medidas de altura y peso también podrían indicar que el desarrollo de una persona adolescente no está progresando bien. El peso en exceso se asocia con el comienzo adelantado de la menstruación en las niñas. Por lo general, los adolescentes cuya altura es baja para su edad son normales en términos físicos, pero la altura baja también puede ser causada por defectos de los huesos, enfermedades sistémicas y deficiencia de hormonas. Asimismo, ser muy alto puede ser normal, pero también se puede asociar a la deficiencia de hormonas o a un síndrome. Pruebas



La manera en que los esteroides afectan los cuerpos y las mentes sanas



Algunos atletas utilizan los esteroides anabólicos y suplementos legales e ilegales (p. ej., la hormona de crecimiento humana recombinante [hGH, por sus siglas en inglés], las inyecciones de insulina para aumentar la masa muscular, la tiroxina, el clenbuterol, la cocaína) para incrementar la fuerza y mejorar el desempeño deportivo. Es fácil conseguir esteroides en internet o en los vestidores de algunos gimnasios privados. Se pueden comprar suplementos dietéticos con propiedades químicas similares en los mercados de productos naturales. Los jóvenes que desean obtener esteroides pueden conseguirlos de manera fácil.

Los estudios recientes muestran que entre un 3 y 9 por ciento de los adolescentes utilizan esteroides de manera ilegal, y los índices de uso más altos se reportan en los años de escuela intermedia o secundaria. Los esteroides anabólicos son el grupo de drogas de laboratorio diseñadas para imitar los efectos de la testosterona, una de las hormonas masculinas. Estas drogas provocan el crecimiento muscular y óseo, así como el desarrollo de los rasgos sexuales masculinos. Entre las niñas, los esteroides pueden provocar el desarrollo de la calvicie de patrón masculino, la infertilidad, la aparición de vello facial y una aspereza irreversible en el tono de voz.

Los esteroides anabólicos también pueden aumentar la producción de estrógeno en la medida en que el cuerpo trata de compensar por el alto nivel de hormonas dominantes masculinas. En los varones, el aumento de

estrógeno puede causar bochornos o sofocos (hot flashes), disminución del tamaño testicular, aumento de peso, distensión abdominal y crecimiento de tejido adiposo mamario.

Si las personas adolescentes abusan del consumo de esteroides antes de que finalice su brote de crecimiento normal de la pubertad, puede que nunca lleguen a alcanzar su altura máxima como adulto. El ser humano está programado para dejar de crecer una vez culminada la pubertad, el consumo de esteroides puede incrementar los niveles de hormonas a tal punto que engaña al cuerpo y esté cree que terminó el crecimiento.

Algunos de los efectos secundarios a corto plazo del consumo de esteroides anabólicos tanto para niños como para niñas incluyen el acné, la hostilidad, la ansiedad y la agresividad. Los efectos psicológicos del consumo de esteroides pueden ser severos e incluyen paranoia, delirios o alucinaciones, depresión y pensamientos suicidas. El consumo de esteroides también puede conducir a enfermedades cardíacas y al cáncer de hígado y próstata.

Las señales del consumo de esteroides incluyen aumentos musculares y de peso acelerados, la agresividad y la rabia (conocida como “rabia asociada a los esteroides”), la ictericia (exceso de bilirrubina en la sangre), manchas violetas o rojas por el cuerpo, hinchazón de los pies y la parte baja de las piernas, temblores, mal aliento persistente, acné severo y piel grasosa.

Como manejar imágenes impactantes de los medios de comunicación sobre las y los jóvenes

- Explique que las imágenes en los medios de comunicación no corresponden con la realidad de la persona promedio: Hay una inmensa diversidad de apariencias físicas y ritmos de desarrollo.
- Señale que en las revistas y fotografías, se alteran los tamaños y las formas corporales, así como las caras mediante programas de computadora para ese propósito como Photoshop. A las mujeres, se les reduce el tamaño de la cintura y los muslos. Se acentúan los pómulos y se les rellenan los labios para que luzcan carnosos. A los hombres, se les ensanchan y definen los músculos y se les ‘suavizan’ los rasgos de la cara.
- Aliente el pensamiento crítico sobre los medios de comunicación y sobre el carácter de la cultura del consumo en nuestra sociedad. Éste es el momento perfecto para ayudar a los adolescentes a desarrollar sus destrezas de pensamiento crítico. Ayúdeles a cuestionar y retar el significado de lo que es “normal”.
- Utilice recursos visuales que reflejen las diversas y verdaderas apariencias que tiene la gente en el mundo real.
- Fomente actividades que se enfoquen en otros atributos, aparte de la apariencia física, tales como los relacionados a lo académico, los deportes, la música, las artes, la escritura y las artesanías.
- Refuerce estos mensajes con regularidad.



médicas pueden servir para evaluar si estas condiciones se están manifestando, y un médico puede aconsejar sobre alternativas de tratamiento.

Los cambios físicos y la imagen corporal saludable

El modo como se siente la persona adolescente sobre su propio cuerpo puede afectar la manera en que se siente sobre sí misma en general.

Aunque la mayoría de las investigaciones sobre la imagen corporal se ha concentrado en jóvenes blancos, hay investigaciones que indican que la tendencia entre los adolescentes americanos de herencia africana, en particular las niñas, es hacia tener imágenes corporales más saludables que



las de sus compañeras blancas. A su vez, puede que las jóvenes americanas de herencia asiática tengan imágenes corporales propias más saludables que sus pares blancas, de herencia africana e hispanas.

Las preocupaciones respecto al cuerpo pueden afectar la calidad de vida de los jóvenes, al mantenerlos alejados de tener relaciones saludables, al ocupar una cantidad exagerada de tiempo que pudieran estar ocupando en cultivar otros aspectos de la personalidad y al llevarlos a gastar dinero en productos y servicios para mejorar sus cuerpos.

Para cultivar una imagen corporal saludable, los adolescentes pueden recurrir a sus habilidades de pensamiento crítico en desarrollo y sacarles provecho. Un poco de escepticismo puede ser saludable y ayudarles a filtrar el bombardeo de imágenes relacionadas a la imagen corporal, la apariencia, el nivel de atractivo y la alimentación que reciben de parte de los medios de comunicación, en el hogar y de los amigos y las amigas.

Las personas adultas pueden proveer información correcta sobre el desarrollo físico, la alimentación saludable y los efectos de los medios de comunicación, la cultura, los

compañeros, las compañeras y la familia, sobre la imagen corporal propia. Desde temprano, los adolescentes necesitan entender que existen cuerpos de todos los tamaños y todas las formas, y que estas diferencias no son nada fuera de lo ordinario.

La edad de 13 años no es mágica

No hay una edad fija en la que los adolescentes comienzan la pubertad. Los 13 años no son una edad milagrosa en que un niño o una niña de repente se transforman en una persona adulta joven. La pubertad puede comenzar tan temprano como a los 8 años de edad o tan tarde como a los 15 años. Independientemente de cuándo un niño o una niña comience la pubertad, los cambios que experimenta afectan sus interacciones sociales y su perspectiva psicológica. Las personas adultas deben estar al tanto y ser conscientes de estos cambios, así como de las maneras en que las diferencias culturales afectan asuntos como la madurez sexual, la imagen corporal y las presiones hacia comportarse como un hombre maduro o una mujer madura.

“Veo las fotos de las revistas y en la televisión y no hay manera de que me vea igual de bien.”
Niña, 14

ASPECTOS CLAVE DEL DESARROLLO Y CRECIMIENTO DE LA PERSONA ADOLESCENTE

EDAD

FÍSICO

EMOCIONAL

10-14



- Aumenta la grasa corporal (niñas)
- Comienzan a agrandarse los senos (niñas)
- Comienza el periodo menstrual (niñas)
- Se ensanchan las caderas (niñas)
- Crecen los testículos y el pene (niños)
- Se profundiza el tono de la voz (niños)
- Puede que los senos se pongan sensibles (niñas y niños)
- Aumentan la altura y el peso (niñas y niños)
- Se tornan más grasosos el cabello y la piel; surgen los barritos (espinillas) en la piel (niñas y niños)
- Puede que aumente el apetito (niñas y niños)
- Crece el vello corporal (niñas y niños)
- Cambian los niveles hormonales (niñas y niños)
- Se desarrolla el cerebro (niñas y niños)

- Se desarrolla un sentido de la identidad
- Puede que se sientan incómodos y raros consigo mismos y sobre sus propios cuerpos
- Aumenta la atención sobre sí mismos
- Mejora la capacidad de verbalizar los sentimientos
- Aumenta la importancia de las amistades cercanas
- Crece la comprensión de que los padres y las madres no son perfectos y que tienen defectos
- Disminuyen las expresiones de afecto obvias hacia los padres y las madres
- Suceden de vez en cuando instancias de descortesía y atrevimientos hacia los padres y las madres
- Aumentan las quejas de que padres y madres interfieren con su independencia
- Las amistades y los pares tienen influencia sobre el modo de vestirse y los intereses
- Puede que resurja la conducta infantil, en especial durante periodos de estrés

15-19



- Las niñas usualmente alcanzan la madurez física completa
- Los niños casi alcanzan la madurez física completa
- El tono de voz continúa tornándose más grave (niños)
- Aparece el vello facial (niños)
- Continúa el aumento de peso y altura (niños)
- Los hábitos alimentarios se pueden tornar esporádicos —saltarse comidas, comer tarde en la noche (niñas y niños)—

- Aumenta el funcionamiento independiente
- Se desarrolla un sentido de identidad personal más firme y coherente
- El examen de las experiencias interiores se torna más importante y puede que incluya escribir un blog o un diario
- Aumentan la capacidad para postergar la gratificación e incrementa el compromiso
- Aumenta la capacidad para reflexionar y considerar consecuencias de las acciones
- Disminuye la interacción con los padres y las madres
- Las relaciones con los jóvenes de la misma edad siguen siendo importantes
- Aumenta la estabilidad emocional
- Se establecen amistades nuevas y se amplían las redes sociales
- Aumenta el interés y la preocupación por los demás

COGNOSCITIVO

- Los intereses tienden a centrarse en el presente
- Los pensamientos sobre el futuro son escasos
- Los intereses intelectuales se extienden y su importancia aumenta
- Aumenta la capacidad para trabajar (en términos físicos, mentales y emocionales)
- Aumenta la capacidad de pensamiento abstracto
- Puede que surjan comportamientos de arriesgarse (experimentación con el tabaco, el alcohol, los riesgos físicos)

- Los intereses tienen a centrarse en el futuro cercano y lejano
- Se da más importancia a las metas, ambiciones y su papel en la vida
- Aumenta la capacidad para establecer objetivos y seguirlos mediante incrementos
- Los hábitos de trabajo se vuelven más definidos
- Se expande la capacidad de planeación
- Crece la habilidad de previsión
- Puede que surjan comportamientos de arriesgarse (experimentación con el tabaco, el alcohol, los riesgos al manejar)

SEXUAL

- Las niñas se desarrollan antes que los niños
- Aumenta la timidez, el sonrojarse, y la modestia o el pudor
- Puede que aumenten los deseos de llamar la atención o lucirse
- Aumenta el interés en la privacidad
- Aumenta el interés en el sexo
- Comienza la exploración de temas y surgen preguntas sobre la sexualidad y la orientación sexual
- Puede que se desarrollen preocupaciones sobre cuán atractivo(a) uno(a) es para los demás en términos físicos y sexuales
- Es frecuente preocuparse por “ser normal”
- Pueden darse relaciones románticas de corto plazo

- Se intensifican los sentimientos de amor y pasión
- Se desarrollan relaciones más serias
- Con la pareja romántica, aumentan las expresiones de ternura y la verbalización de temores
- El sentido de identidad sexual se fortalece.
- Aumenta la capacidad para el afecto y el amor sensual

MORAL-ÉTICOS

- Aumentan las ocasiones donde se ponen a prueba las reglas y los límites
- Aparece más evidencia constante de la conciencia
- Se desarrolla la capacidad para el pensamiento abstracto
- Se desarrollan los ideales, incluida la selección de modelos de conducta
- Aumenta el cuestionamiento de los derechos morales y de los privilegios

- Aumenta el interés en el razonamiento moral
- Se extiende el interés en las tradiciones sociales, culturales y familiares
- Se profundiza el énfasis sobre la dignidad personal y la autoestima
- Aumenta la capacidad para la percibir lo que es información útil

REFERENCIAS DEL CUADRO: Adaptado de www.aacap.org/publications/factsfam/develop.htm. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, *Normal Adolescent Development*, Triptico, 2/2005; <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/02003.htm>.

SOBRE EL CEREBRO

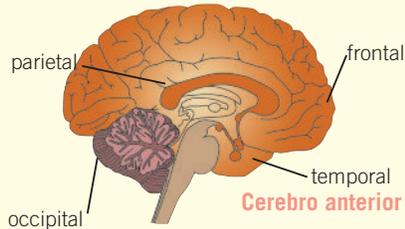


El cerebro

El cerebro anterior (prosencefalo)

El cerebro anterior es la sección más avanzada y más grande del cerebro, y ubicada en la parte superior del cerebro. El cerebro anterior está involucrado en todas las funciones cerebrales exceptuando las actividades autónomas del tronco encefálico. El cerebro anterior es responsable de las emociones, la memoria y las actividades de “orden superior”, tales como pensar y razonar. Está compuesto por el cerebrum o telencéfalo y el sistema límbico.

El cerebro o corteza cerebral, se divide en dos hemisferios (el derecho y el izquierdo). Cada hemisferio consiste de cuatro secciones, llamadas lóbulos:



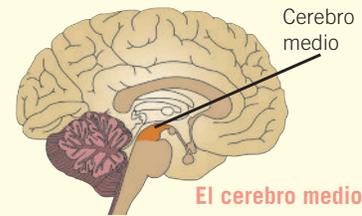
Cerebro anterior

- **Lóbulo occipital**— Ubicado en la parte de atrás de la cabeza, justo encima del cerebelo, el lóbulo occipital procesa la información sensorial que reciben los ojos.
- **Lóbulo temporal**— Ubicado en a los lados de la cabeza, arriba del nivel de las orejas, los lóbulos temporales desempeñan varias funciones, incluidas el habla, la percepción y algunos tipos de memoria.
- **Lóbulo parietal**— Ubicado en la parte superior de la cabeza, el lóbulo parietal recibe información por medio de la piel, incluidos el calor, el frío, la presión, el dolor y la ubicación del cuerpo en el espacio.
- **Lóbulo Frontal**— Ubicado detrás de

la frente, el lóbulo frontal controla el razonamiento, la planificación, el movimiento voluntario y algunos aspectos del habla. La corteza prefrontal es la parte del lóbulo frontal ubicada justo detrás de la frente. Se asocia a las destrezas cognitivas complejas, tales como la capacidad para diferenciar entre pensamientos contradictorios, determinar lo bueno y lo malo, identificar las consecuencias futuras de actos actuales y suprimir los impulsos. A medida que el cerebro del adolescente se desarrolla, la corteza prefrontal se conecta cada vez más al centro de las emociones, el sistema límbico, lo cual permite que se coordinen mejor la razón y las emociones. La corteza prefrontal también se ha vinculado a la personalidad.

El sistema límbico, el conjunto de estructuras cerebrales que forman el límite interior de la corteza cerebral, constituye cerca de una quinta parte del volumen del cerebro. El sistema límbico cumple con tres funciones: Primera, junto con el tronco encefálico, es el encargado de regular la temperatura, la presión arterial, el ritmo cardíaco y el nivel de glucosa en la sangre del cuerpo. Segunda, dos partes del sistema límbico —el hipocampo y la amígdala— son esenciales para la formación de recuerdos. Tercera, es el centro de las emociones humanas. Se cree que la amígdala enlaza las emociones con los estímulos sensoriales del entorno. Los impulsos nerviosos dirigidos a la amígdala desatan las emociones de ira, temor, agresión, gratificación y atracción sexual. Estas emociones detonan la acción del hipotálamo, el cual regula la presión arterial y la temperatura corporal.

El cerebro medio

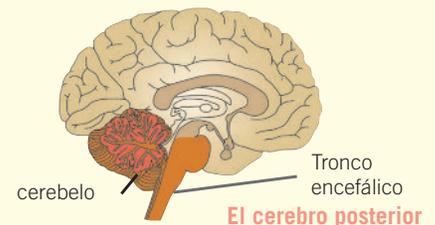


El cerebro medio

El cerebro medio o mesencéfalo es la parte superior del tronco encefálico y la región mas pequeña del cerebro. Se asocia con algunas, pero no todas, de las acciones reflejas así como con los movimientos oculares y la audición. El cerebro medio contiene también varias estructuras necesarias para realizar movimientos voluntarios.

El cerebro posterior (rombencéfalo)

El cerebro posterior es la parte ubicada en la parte superior de la médula espinal. El cerebro posterior incluye al tronco encefálico y al cerebelo. El tronco encefálico, también llamado “el cerebro reptil”, es el área más elemental del cerebro y controla la respiración, los latidos cardíacos y la digestión. Al lado del tronco encefálico está el cerebelo, que es el responsable de muchas de las destrezas físicas aprendidas, tales como la postura, el balance y la coordinación. Los movimientos tales como tirar una bola de pelota o utilizar el teclado requieren pensamiento y esfuerzo inicial, pero se tornan naturales con la práctica porque los recuerdos de cómo realizarlos se almacenan en el cerebelo.



El cerebro posterior

La obesidad: nutrición y ejercicio



La obesidad es un problema social

El peso es importante

Hoy día muchas personas viven con sobrepeso. Desde 1980, las tasas de obesidad se han duplicado entre los niños y niñas, y triplicado entre los y las adolescentes. Durante los últimos 20 años, la proporción de adolescentes entre edades de los 12 y los 19 años que están obesos aumentó de un 5 por ciento a un 18 por ciento. La obesidad se define con el índice de masa corporal (IMC) que es igual o mayor al 95 ° percentil para la edad y género correspondiente según las tablas de crecimiento desarrolladas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés).

Se puede heredar la predisposición para la obesidad. Sin embargo, los factores genéticos no explican el dramático aumento en la incidencia de obesidad de los últimos 30 años. Nosotros, al igual que los animales, no estamos programados para comer simplemente para sostener la vida, sino para consumir alimentos de alto contenido calórico para prepararnos en caso de un suministro de alimentos impredecible. Nuestros entornos actuales facilitan el acceso constante a comida grasosa, mientras que al mismo tiempo también dificultan quemar todas esas calorías mediante actividad física. Es decir, los alimentos con mucha grasa son baratos y tienen mucho sabor, y las actividades principales de los

Los Peligros del Sobrepeso

Tener sobrepeso o estar obeso es más que un asunto de apariencia. El peso de más contribuye significativamente a ciertos problemas de salud y puede conducir a la diabetes tipo 2 (de adultos), presión arterial alta, derrames, condiciones cardíacas, cáncer, piedras (cálculos) en la vesícula y enfermedad de la vesícula biliar, problemas de los huesos y las articulaciones, apnea del sueño y problemas respiratorios. Un adolescente obeso (cuyo un índice de masa corporal está por encima del percentil 95) tiene un 60% de probabilidad de desarrollar una de estas condiciones.

Además, los estudios han encontrado que los jóvenes con sobrepeso tienen mayor riesgo de sufrir problemas emocionales, en comparación con sus pares que no tienen sobrepeso. Los adolescentes con sobrepeso tienen menos amistades y mayor probabilidad de estar aislados socialmente, y sufren de índices de depresión más altos que las personas jóvenes de peso normal. Tener sobrepeso también afecta la autoestima. Según un estudio, las niñas obesas entre los 13 y 14 años tienen una probabilidad cuatro veces mayor de sufrir de baja autoestima comparado con las niñas no obesas. La autoestima baja entre los y las adolescentes se asocia a tasas más altas de soledad, tristeza y nerviosismo.

adolescentes —escuela y el consumo de medios de comunicación— son sedentarias.

Por lo tanto, la obesidad es un problema social y no un defecto personal o un fracaso de la fuerza de voluntad. El entorno tiene impacto particular sobre los adolescentes, y varios estudios de la Universidad de Illinois-Chicago y la Universidad de Michigan confirman que el ambiente moderno está diseñado para que los adolescentes engorden.

Hay algunos factores ambientales que contribuyen a la obesidad entre los adolescentes:

- Las escuelas venden más alimentos grasos y de muchas calorías y bebidas azucaradas, que alternativas nutritivas de bajo contenido calórico.
- Las comunidades en desventaja económica tienen acceso reducido a alimentos saludables. En algunos vecindarios, las tiendas de conveniencia son los únicos lugares disponibles para comprar comida.
- La vida de los adolescentes es sedentaria. Pasan el día en la escuela donde por lo general están sentados, y salen de allí a pasar un promedio de otras tres horas sentados frente a un televisor o monitor de computadora.
- Se ha reducido radicalmente la cantidad de programas escolares

de educación física. En 1991, un 42 por ciento de los estudiantes de escuela superior tenía clase de educación física diaria. Para el 2007, esa cifra estaba en 25 por ciento o menos.

- Los medios de comunicación, radio y televisión, están saturados de anuncios de comida. Los adolescentes ven, en promedio, 17 anuncios de dulces o de meriendas (botanas o *snacks*) al día, o más de 6,000 anuncios al año.
- Las porciones grandes de comidas y bebidas brindan muchas más calorías de las que los jóvenes pueden quemar. Las hamburguesas de lugares de comida rápida pueden convertirse en la norma; y algunas cadenas populares de restaurantes ofrecen platos individuales que ascienden a las 1,600 calorías, mientras la persona adolescente promedio solo necesita entre 2,300 y 2,500 calorías al día.

Debido a que las causas del sobrepeso son tan complejas, el cambio de dieta constituye solo un aspecto del tratamiento de la obesidad. Los problemas de peso entre los adolescentes pueden asociarse también a los hábitos alimentarios deficientes, a comer demás, a la inactividad física, al historial familiar de obesidad, a eventos o cambios de vida estresantes (p. ej., un divorcio, mudanzas, pérdidas y abuso), problemas con familiares y amigos, la

baja autoestima, la depresión y otras condiciones de salud mental.

Hoy día los y las adolescentes consumen más calorías, pero reciben menos nutrientes.

La nutrición adecuada durante la adolescencia es particularmente importante debido al rápido crecimiento que experimentan los adolescentes. Durante esta década de vida, adquieren 50 por ciento del que será su peso de adulto y 50 por ciento de la masa ósea.

Las decisiones y los hábitos alimentarios que se establecen en la adolescencia tienen un gran efecto sobre la salud futura. Sin embargo, muchos estudios informan que los adolescentes consumen pocas frutas y vegetales, y no están recibiendo el calcio, el hierro, las vitaminas ni los minerales necesarios para el desarrollo saludable. Las personas jóvenes de recursos económicos limitados son las más susceptibles a deficiencias nutricionales y, dado que sus dietas tienden a consistir de comidas grasas y de muchas calorías, también están en mayor riesgo de sobrepeso y obesidad.

Burlarse de otra persona o provocarla por su peso es dañino

El peso de las personas es uno de los últimos blancos de prejuicio tolerados en la sociedad. Tener sobrepeso

o ser obeso somete a la persona adolescente a la burla, la provocación y la estigmatización social por parte de adultos y pares. Puede ocurrir en el hogar, la escuela, la calle —en cualquier parte, incluso en la televisión. Los anuncios y la programación televisiva suelen representar a las personas con sobrepeso como objeto de chistes, como personas siempre fracasadas, menos inteligentes o exitosas que sus pares más flacos.

Es sorprendente lo común que es la provocación y burla que origina entre los integrantes de la familia, incluidos el padre o la madre. Quizás este comportamiento se debe a que las personas que integran la familia creen incorrectamente que están ayudando a una persona al enfocar la atención sobre su talla o al hostigarla sobre lo que comen. Cuando describen al adolescente con sobrepeso en su familia con adjetivos negativos como “comelón(a)”, “haragán(a)” o “cerdito(a)”, los padres y los hermanos se convierten en parte fundamental del problema.

Un estudio realizado en el 2003 con casi 5,000 adolescentes en el área de Minneapolis halló que 29 por ciento de las niñas y 16 por ciento de los niños fueron objeto de burla por parte de los integrantes de su familia, una tercera parte de las niñas y una cuarta parte de los niños había sido objeto de burla por parte de sus pares en torno a su peso.

Provocar a alguien usando su peso como excusa no es un acto inofensivo. Para las y los adolescentes del estudio, la burla tenía un impacto negativo sobre su autoimagen mayor, que el de su talla en sí.

Esta burla debe tomarse en serio y no se debe tolerar en el hogar, la escuela o la comunidad. En el caso de los comentarios étnicos y raciales ofensivos, las políticas públicas han acordado establecer normas que los han hecho inaceptables en términos sociales. Quizás se pueden establecer políticas similares para enviar un mensaje claro en el sentido de que el acoso u hostigamiento de las personas



FORMAS EN QUE PUEDE HACER LA DIFERENCIA

● **COMPRENDA** que las comidas “atractivas para los niños y las niñas”, tales como los trocitos de pollo empanizados (chicken nuggets), las papitas fritas y la pizza con carnes añadidas no son las alternativas más saludables.

● **ABOGUE** por que se abran centros comunitarios y de recreación, parques y caminos para ejercitarse con servicio de seguridad, de manera que no haya barreras para que los jóvenes puedan participar en actividades físicas y programas deportivos.

● **DESALIENTE** el hábito de comer tarde en la noche y de consumir la mayoría de las calorías del día, en la noche.

● **ORGANÍCESE** junto a sus vecinos para que se construyan mercados de alimentos y para que en los vecindarios urbanos haya mejor acceso a alimentos frescos.

● **IMPULSE** el acceso directo a los mercados de agricultores, por autobús y tren subterráneo.

● **APOYE** los esfuerzos de la comunidad escolar para promover las actividades físicas y limitar la oferta de comida chatarra y bebidas azucaradas en la cafetería escolar y en las máquinas expendedoras de comida.

● **REÚNASE** con los adolescentes para formar algún proyecto de cabildo (gestión) que presione a las compañías para que cumplan sus promesas de dejar de promover alimentos no saludables entre la juventud.

● **RECONOZCA** la diferencia en cómo se perciben el cuerpo y los alimentos, según el género, como, por ejemplo, la aprobación de porciones más grandes entre los varones por tener mayor tamaño en general

● **EXAMINE** si las creencias arraigadas dentro de su familia —por ejemplo, la importancia de terminar todo lo servido en su plato— pueden contribuir a comer en exceso.

en torno a la forma de su cuerpo no se aprueba en las escuelas o en la comunidad.

¿Qué se puede hacer?

La gente joven puede superar los problemas de sobrepeso y tener una nutrición adecuada, mediante la combinación de una dieta saludable, actividad física regular, consejería y apoyo de parte de adultos y pares. A las y los adolescentes con obesidad severa, a veces se les receta medicamentos o se recomienda la cirugía bariátrica, como suplemento de los esfuerzos para controlar el peso.

Aunque la dieta y el ejercicio adecuados mejoran la salud física, los padres, las madres y las personas encargadas del cuidado de estos jóvenes también pueden fortalecer la salud mental y enfatizar las fortalezas y cualidades positivas del adolescente con sobrepeso. Después de todo, la

medida del valor de un joven es mucho mayor que las cifras que indique una balanza.

Algunos de los adolescentes con sobrepeso perderán el exceso de peso mediante cambios positivos en su estilo de vida y los brotes de crecimiento normales de la pubertad harán que el cuerpo pierda grasa y su altura aumente. En otros casos, la obesidad se convierte en una batalla de toda la vida.

Consumir alimentos saludables en las porciones correctas y hacer ejercicio son hábitos de por vida, y no arreglos temporales. Durante los brotes de crecimiento, los adolescentes en realidad necesitan muchas calorías, y la representación clásica del adolescente como un pozo sin fondo —alguien capaz de consumir grandes cantidades de comida y quemarla toda— parece ser cierta. No obstante, este aumento de calorías debe derivarse de alimentos saludables porque los adolescentes

necesitan tanto más nutrición como más calorías. Aprender a hacerles caso a las señales del cuerpo al indicar que está lleno, en lugar de comer sin pensar, les ayudará a evitar el hábito de comer de más en los años venideros, cuando su metabolismo se desacelere, como es inevitable que ocurra.

Respecto a la comida y el ejercicio, los adultos pueden ayudar a controlar lo que pasa dentro del hogar, en la escuela y el vecindario. Una de las maneras más eficaces en que los adultos pueden tener influencia sobre la gente joven es cambiando sus propios hábitos alimentarios y de ejercicio. Las personas adultas pueden ayudar a los jóvenes a establecer hábitos saludables al:

- No saltarse el desayuno.
- Comer frutas, verduras, proteína con poca grasa y granos enteros.
- Cocinar la comida en el hogar e incluir alimentos frescos e integrales.
- No comprar o consumir bebidas con azúcares añadidos.
- Integrar el ejercicio y la actividad física a las rutinas de vida y animar al hijo o la hija a acompañarlo(a).
- No alentar de maneras inadecuadas a las personas jóvenes a perder peso.

Aumentar de peso es parte de la pubertad: la altura de las y los adolescentes aumenta; los varones desarrollan masa muscular; las niñas desarrollan senos y caderas; y antes de un brote de crecimiento, la grasa corporal puede aumentar tanto para varones como para niñas. Las personas adultas deben tener una comprensión del desarrollo físico normal (refiérase al capítulo “El desarrollo físico”) para evitar ejercer una presión injusta sobre un adolescente para que esté en una cierta talla o peso.

“Creo que hay mucha presión en la calle para que te veas perfecta, pero ¿qué significa ‘ser perfecto?’”

Niña, 16

EL DESARROLLO COGNOSCITIVO



El cerebro del adolescente, en crecimiento constante

“Ahora que soy adolescente, pienso y veo el mundo diferente. Sé que hay resultados positivos y negativos para todo lo que uno hace.” *Niña, 14*

Para los adolescentes, las destrezas de pensamiento recién desarrolladas son uno de los aspectos más emocionantes de la adolescencia. A medida que aumenta su capacidad de pensar en términos abstractos, a los jóvenes les va gustando debatir más y más, desafiar las ideas o valores establecidos y cuestionar la autoridad. Comienzan a cuestionar las nociones de verdad absoluta y a adquirir la capacidad de presentar argumentos lógicos.

Este nivel superior de capacidad intelectual ayuda a los adolescentes a contemplar el futuro, a juzgar entre alternativas, a resolver problemas y a fijar metas. Adquirir destrezas de pensamiento nuevas incluye cometer errores y aprender de los mismos. Los adultos

pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo cognoscitivo, orientando y ayudando a los jóvenes a dominar las destrezas de pensamiento crítico y de toma de decisiones.

Los tres componentes principales de las destrezas cognitivas en el adolescente

Durante la adolescencia, el desarrollo cognoscitivo ocurre en tres áreas principales. Primero, los jóvenes fortalecen sus destrezas de razonamiento avanzado, las cuales incluyen poder pensar sobre múltiples opciones y posibilidades, contemplar las cosas en términos hipotéticos (la típica pregunta de “¿Qué tal si...?”) y seguir procesos de pensamiento lógico.

Segundo, comienzan a desarrollar destrezas de pensamiento abstracto. Es decir, piensan sobre cosas que no se pueden ver, oír o tocar. El pensamiento abstracto permite que uno piense sobre la fe, el amor, la confianza, las creencias y la espiritualidad, así como sobre cosas como las matemáticas avanzadas.

Tercero, se extiende la capacidad para pensar sobre el pensamiento, un proceso que se conoce como “metacognición”. La metacognición les permite reflexionar sobre cómo se sienten, sobre lo que están pensando, y también involucra la capacidad de pensar sobre cómo otras personas le perciben. La metacognición también se puede usar para desarrollar estrategias tales como las mnemotécnicas, que son útiles para la memorización y el aprendizaje.

Descubrimientos neurológicos recientes trazan un mapa de los cambios que experimenta el cerebro del adolescente

El cerebro del bebé o niño pequeño hasta los tres años produce miles de millones de células cerebrales (neuronas) así como conexiones entre ellas (sinapsis). Más adelante, desde alrededor de los 3 años, la cantidad de sinapsis en crecimiento se reduce. Los investigadores han descubierto que hay un segundo periodo de sobreproducción de sinapsis que comienza justo antes de la pubertad (en torno a los 11 años para las niñas, y los 12 para los niños), y también ocurre seguido por un recorte de sinapsis.

Eliminar algunas sinapsis parece ser parte esencial del proceso de maduración del cerebro. Eliminar las sinapsis más débiles permite que las restantes se fortalezcan y sean más estables. Esto es similar a la manera en que podar las ramas de un árbol permite que se desarrollen el resto de las ramas. Entre las edades de 13 y 18 años, los adolescentes pierden cerca del uno por ciento (1%) de materia gris al año.

El brote de formación de sinapsis y la reducción correspondiente durante la adolescencia ocurre en varias áreas

SOBRE EL CEREBRO



Los años de la adolescencia son un periodo intenso de cambios cerebrales. Resulta curioso que dos de las funciones cerebrales primarias se desarrollan a velocidades diferentes. Las investigaciones recientes sobre el cerebro indican que la parte del mismo que percibe las recompensas derivadas de arriesgarse, el sistema límbico, se acelera durante la adolescencia temprana. La parte del cerebro que controla los impulsos y se involucra con la perspectiva a largo plazo, los lóbulos frontales, madura después. Puede que esto explique por qué los jóvenes asumen más riesgos durante la mediana adolescencia que los adolescentes de mayor edad. A medida que los lóbulos frontales se desarrollan más ocurren dos cosas: Primero, se desarrolla el autocontrol a medida que mejora la capacidad de los jóvenes de evaluar causas y efectos. Segundo, más áreas del cerebro participan en el procesamiento de emociones, y los jóvenes mejoran su capacidad de saber interpretar las emociones de las otras personas.

REFERENCIA: Steinberg, L. (2008) A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*, 28:78-106.

del cerebro, incluida la corteza prefrontal. La corteza prefrontal se encarga del razonamiento avanzado, incluida la capacidad para planificar, comprender causa y efecto, pensar en las posibles consecuencias de una situación y manejar los impulsos. Puede que exista un vínculo importante entre el desarrollo del cerebro y la capacidad del adolescente para detenerse y considerar las consecuencias, desarrollar planes lógicos y filtrar pensamientos antes de articularlos.

Los cambios en el cerebro continúan hasta por lo menos los 21 años de edad, y algunos científicos creen que la maduración no concluye hasta los 25 años. El desarrollo del cerebro parece variar tanto entre las personas que no es práctico especificar una edad en la que las personas jóvenes alcanzan su plena madurez de pensamiento y razonamiento. A lo largo de toda la adolescencia, se extiende y mejora la capacidad de razonamiento avanzado, pensamiento abstracto y metacognición.

¿Los cambios cerebrales incitan comportamientos de riesgo?

Durante décadas, el argumento respecto a los adolescentes —escrito tanto por los psicólogos del desarrollo como por los padres— era que los adolescentes subestiman el riesgo.

Se pensaba que las personas adolescentes se sentían invencibles: “Eso





no me va a pasar a mí”. El “eso” podría ser quedar embarazada (“Es imposible que yo quede embarazada”) o contagiarse con una enfermedad de transmisión sexual después de haber tenido sexo sin protección (“Es imposible que él/ella tenga una enfermedad”), o cualquier creencia respecto a una gama de efectos adversos posibles debido a com-

portamientos no seguros. Este sentido de invulnerabilidad se consideraba una fase del desarrollo cognoscitivo, por el cual los adolescentes tenían que pasar en el trayecto hacia la adultez.

Ahora tenemos mucha evidencia científica de que, de hecho, los adolescentes se sienten vulnerables a contagiarse de enfermedades de transmisión

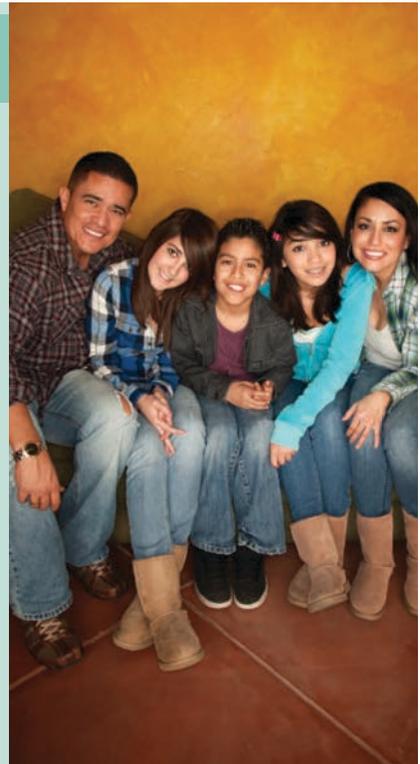
“Ahora que soy mayor, puedo decidir por mí misma y pensar antes de actuar.”

Niña, 12

Comprender las nuevas habilidades de pensamiento de los adolescentes

Los adolescentes disfrutan de poner en práctica su naciente capacidad para debatir con entusiasmo. Para ellas y ellos, puede que los conflictos solo sean una manera de manifestarse. Los adultos, por otro lado, se inclinan hacia interpretar las discusiones de manera personal y puede que las consideren intensas y problemáticas, o como una amenaza directa a su autoridad.

- Tenga paciencia cuando los adolescentes “pongan a prueba” sus destrezas de razonamiento recién adquiridas, y aliente el debate saludable y respetuoso estableciendo “reglas de juego”.
- La falta de respeto no debe tolerarse nunca ni de parte del adolescente ni de la persona adulta.
- Nunca corrija o menosprecie la lógica de los adolescentes. Solo escuche y reconozca lo que digan. Una buena estrategia es preguntar cómo llegaron a los pensamientos o conclusiones que están manifestando.
- No se ofenda por lo que los adolescentes critiquen las opiniones y el comportamiento de los adultos, puede que le reten o cuestionen, pero todavía necesitan de usted.
- A menos que un adolescente tenga historial de problemas de comportamiento, no se preocupe si muestra tendencias hacia exagerar sus emociones, también llamadas tendencias melodramáticas.
- Recuerde que no todo desacuerdo es un conflicto.



sexual y a enfermarse por consumir demasiado alcohol. De hecho, varios estudios han encontrado que los adolescentes perciben más riesgo en ciertos asuntos del que perciben los adultos, como por ejemplo la probabilidad de tener un accidente si están en el auto con un conductor ebrio. Además, los adolescentes no son tan optimistas como sus padres sobre poder evitar lesiones y enfermedades. Sin embargo, son menos propensos a creer que la experimentación con el sexo, el alcohol, las drogas o fumar pueda ser dañino a su salud.

Para muchos adolescentes, tener consciencia de los riesgos involucrados en un acto dado no les detiene de participar. Las investigaciones comienzan a indicar que los adolescentes juzgan los beneficios de participar con otros en comportamientos arriesgados, de

“Como adolescente, pienso más por mi cuenta. También soy más consciente de los sentimientos de las personas a mi alrededor y de mis propios sentimientos.”
Niña, 15

manera diferente a los adultos. Puede que esta diferencia en la manera de considerar el riesgo tenga un origen biológico en el cerebro. En estudios que utilizan imágenes de resonancia magnética funcional, se ha mostrado que mientras están ganando en juegos de azar, el centro de “recompensa” del cerebro del adolescente se enciende más que en el cerebro del adulto, lo cual significa que los adolescentes experimentan una satisfacción emocional mayor que el adulto cuando obtienen el resultado deseado del acto arriesgado.

Puede que los adolescentes tam-

bién reconozcan beneficios sociales de fumar, beber alcohol y participar en actividades sexuales. En las escuelas y las comunidades en donde hay más probabilidad de que los estudiantes populares fumen, beban alcohol y tengan más experiencia sexual, los jóvenes pueden pensar sobre probar estos comportamientos arriesgados como una estrategia racional para obtener la aprobación de sus amigos y compañeros de clase. En realidad, la mayoría de las personas adolescentes que experimentan con el alcohol y los cigarrillos no desarrollan adicciones; pero algunos sí, en particular si comienzan a experi-



Comienza el proceso cognoscitivo

Para los adolescentes, las destrezas de razonamiento y lógica recién adquiridas son como un aparato tecnológico nuevo que mueren de ganas de comenzar a usar. A continuación, algunas sugerencias de cómo puede ayudar a la gente joven a hacer uso eficaz de sus capacidades en desarrollo:

- Para los adolescentes, las destrezas de razonamiento y lógica recién adquiridas son como un aparato tecnológico nuevo que mueren de ganas de comenzar a usar. A continuación, algunas sugerencias de cómo puede ayudar a la gente joven a hacer uso eficaz de sus capacidades en desarrollo:

» **Un ejemplo de una pregunta abierta que invita a la discusión:**

“¿Cómo piensas que te beneficiaría o te perjudicaría dejar tu trabajo después de la escuela para unirse al equipo de baloncesto?”

(invita a pensar y debatir)

» **Un ejemplo de una pregunta cerrada que provoca contestación de sí o no:**

“¿Te arrepentirás de dejar tu trabajo después de la escuela para unirse al equipo de baloncesto?”

- Nunca critique o se burle de los pensamientos o ideas de un adolescente en público.

- Fomente una comprensión más profunda de los problemas y temas que traen a colación los adolescentes dirigiéndolos hacia información correcta que se sostenga en hechos y datos.

- Asegúrese de que los adolescentes entiendan el papel que desempeñan las emociones en el proceso de toma de decisiones —sentimientos como la rabia, el temor, la tristeza o la euforia pueden nublar el juicio—. Las decisiones, en especial las importantes, se deben tomar cuando uno está tranquilo(a) y se deben volver a considerar después de “consultarlo con la almohada”.

- Entienda que los adolescentes aportan una variedad de fortalezas —la lógica, el sentido común, los acercamientos creativos— al proceso de toma de decisiones.



Estrategias para la toma de decisiones

Los adolescentes necesitan oportunidades para practicar y discutir sobre la toma de decisiones reales. A continuación, algunas formas en que las personas adultas pueden facilitar ese proceso:

- Haga que los jóvenes practiquen la toma de decisiones mediante dramatizaciones y ejercicios de resolución de problemas en grupo.
- Analice cómo usted mismo toma decisiones y luego dé el ejemplo.
- Demuéstrele a los jóvenes cómo escoger entre presiones y exigencias encontradas.
- Muchos adolescentes viven en el presente. Enséñeles los beneficios de pensar en futuro anticipando dificultades y planificando con anticipación cómo resolverlas.
- Anime a los adolescentes a pasar tiempo con amigos que tengan valores en común con ellos.

mentar a una edad temprana.

Lo positivo de percibir recompensas al tomar riesgos es que los adolescentes están dispuestos a asumir desafíos nuevos que son necesarios para la edad adulta, tales como comenzar un trabajo, dejar el hogar y formar relaciones diferentes. De hecho, la adolescencia es el periodo perfecto para comenzar a dirigirse en direcciones diferentes. Solo en la niñez temprana las personas están tan receptivas a información nueva como lo están

durante la adolescencia.

Dada la pauta del proceso de desarrollo que impulsa hacia la experimentación, no es sorprendente que no hayan funcionado con la gente joven las “tácticas de miedo”, el currículo escolar orientado hacia la abstinencia y las campañas de “Dile NO a... (Las drogas, el alcohol, el sexo, etc)”. Las estrategias que tienen mejores resultados atraen a los jóvenes al estimular sus destrezas emergentes de pensamiento crítico. Por ejemplo, acompañar a los

jóvenes en el proceso de pensar sobre los riesgos de cierto acto o actividad y animarlos a evaluar las consecuencias de cada momento proyectado de la situación, les permite desarrollar las técnicas de pensar en futuro y sentirse en más control. Esta táctica desafía el intelecto de los jóvenes, mientras que prohibirles hacer algo solo desafía su sentido de autonomía.

Mentalidades Cognoscíticas

Esta sección elabora en detalle algunas

Hablarle al adolescente de sus vivencias

Los adultos a menudo se apoyan unos a otros compartiendo entre sí sus experiencias en situaciones similares. Esta estrategia no funciona igual de bien con los adolescentes, quienes pueden responder a los intentos de los adultos de ayudar con exclamaciones tales como “¡Tú no entiendes! o “¡Mi vida está arruinada!”

Trate de no ofenderse cuando un joven descarte sus experiencias. Solo escuche las preocupaciones del joven y válidelas. Trate de entender sus sentimientos antes de relatar anécdotas sobre cómo fue su adolescencia, y si las relata, hable sobre sus vulnerabilidades y los errores que cometió a esa edad. No obstante, no cuente todo. Los profesionales aconsejan a los adultos hablar de sus experiencias con cautela y moderación.



“Soy capaz de tomar mis propias decisiones y de retarme a mí mismo mucho más desde que no soy un niño.”

Niño, 15

de las mentalidades cognoscitivas —maneras de pensar y creer— que experimentan las personas adolescentes como resultado del desarrollo del cerebro.

Creo que no es justo

Los adelantos en sus destrezas de razonamiento llevan a las personas adolescentes a interesarse por la equidad y la justicia, en seguida señalan las

discrepancias entre las palabras y las acciones de los adultos. Sin embargo, el cerebro en desarrollo del adolescente dificulta que perciba los matices en los argumentos y las opiniones. Tienen la tendencia a evaluar las cosas en términos extremos de blanco o negro, y no dejan margen para el error. Sus destrezas de razonamiento se pueden afinar al alentarlos a elaborar sobre sus opiniones, ya sea sus creencias políticas

o espirituales, o sus reacciones a algo que vieron en internet o en una revista.

El investigador Laurence Steinberg, Ph.D., ha propuesto que las personas adultas y las adolescentes tienen perspectivas diferentes sobre el conflicto. Es a los padres a quienes les causa estrés las discusiones sobre asuntos cotidianos mundanos. Puede que la razón sea que los adultos ven las decisiones en controversia como unas que deben derivarse de criterios morales de considerar lo correcto y lo incorrecto, tradiciones, costumbres sociales y creencias fundamentales, mientras que los adolescentes toman decisiones basándose sencillamente en



preferencias personales.

Por ejemplo, tener la habitación limpia. Los adultos lo consideran desde el punto de vista moral (por ejemplo, “la limpieza está al lado de la santidad”); lo correcto es limpiar tu habitación). Para los adolescentes, lo que importa es la justicia— mi habitación es mi territorio; no es justo que los padres gobiernen sobre si mi habitación está organizada o regada, y en realidad ¿cuánto puede importar en el gran orden de las cosas? A los adolescentes les importa menos el punto de vista moral, de manera que el conflicto que sea, puede no ser igual de importante para ellos. Por lo tanto, los padres se molestan —y se quedan molestos— mucho más a menudo que los jóvenes.

Voy a defender la causa

Por un lado, los adolescentes se preocupan por su apariencia y cada uno de sus movimientos. Una experiencia persistente de la adolescencia es la sensación constante de estar “en escena” y de que todas las personas y el mundo entero se enfocan en su apariencia y sus acciones o movimientos. Esta preocupación se deriva del hecho de que los cambios cerebrales en realidad estimulan a los adolescentes a pasar una cantidad de tiempo desproporcionada pensando en cómo se ven y mirándose.

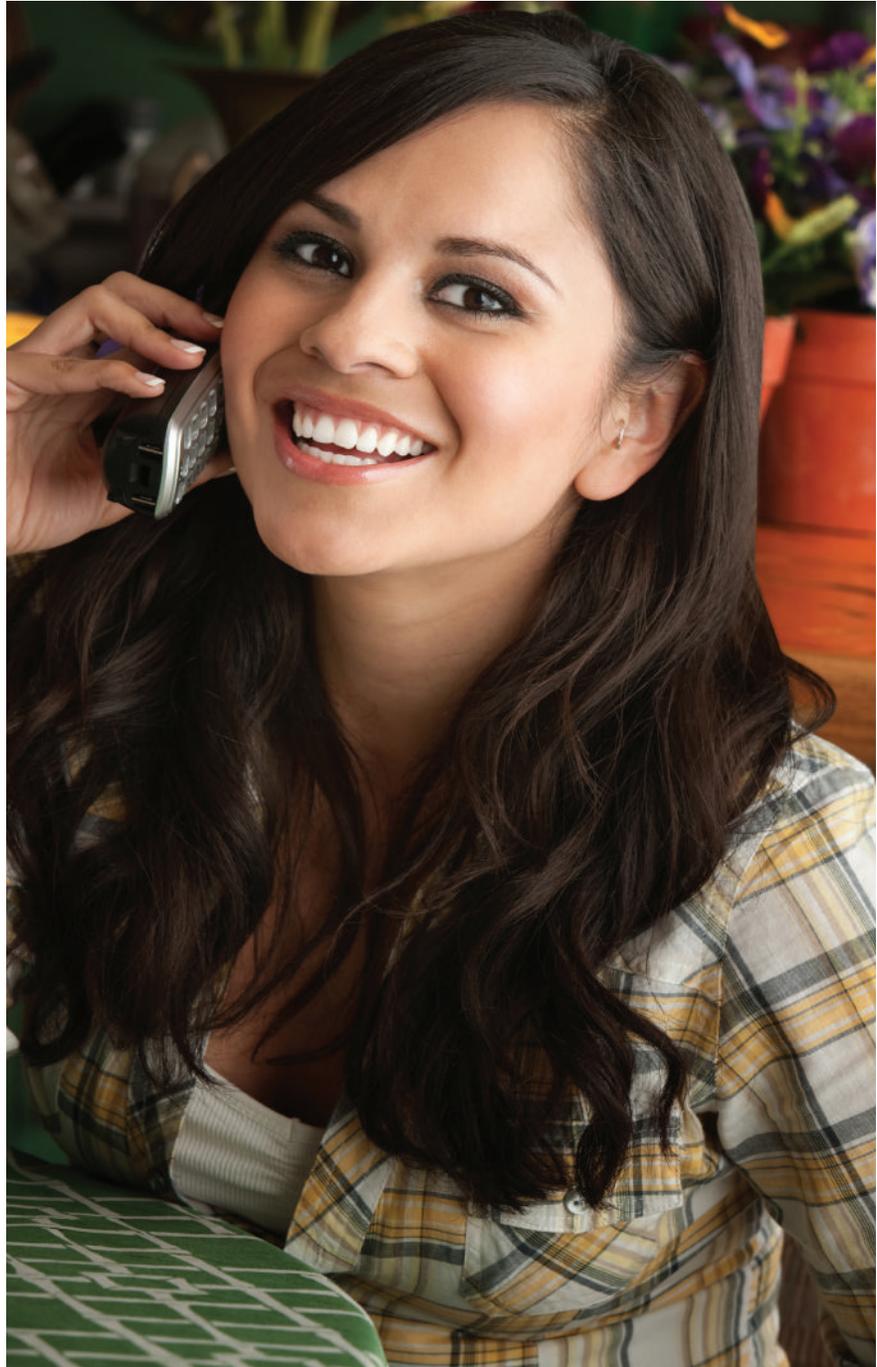
Esto no significa que los jóvenes seas egoístas en esencia. Al contrario, el desarrollo cognoscitivo también los empuja a orientarse más hacia el exterior y a interesarse por cosas más grandes que sí mismos. Sí, es paradójico, dele la bienvenida a esta contradicción y acéptela.

Puede que la recién descubierta capacidad de considerar conceptos abstractos cause que los adolescentes quieran participar en asuntos que tengan un significado más profundo, quieran enfrentar los grandes temas y a menudo se sientan atraídos a diferentes causas. Esto no solo amplía la perspectiva de un joven, sino que también es altamente empoderador. Tras leer sobre la crueldad hacia los animales, puede

que un adolescente se convierta en vegetariano y participe de campañas de reconocimiento de los derechos de los animales. Apoye sus intereses y ayúdeles a hallar maneras grandes y pequeñas en que pueden contribuir a adelantar las causas en que creen. Ésta es una manera excelente para que los adolescentes trasladen su atención del enfoque incómodo en sí mismos a una conciencia mucho más amplia del mundo.

“Ser un adolescente significa pensar en ir a la universidad, actuar de manera más madura y estar más interesado en las nenas.”

Niño, 15



El sueño y el desarrollo cognoscitivo



El cerebro adolescente necesita más sueño Zzzzz

El desarrollo del cerebro afecta incluso la manera en que los adolescentes duermen. Los patrones de sueño normal de los adolescentes son diferentes a los de los niños y las niñas, y los de los adultos. Los adolescentes están a menudo soñolientos al despertarse, cansados durante el día y alertas en la noche.

Hasta la edad de los 10 años, la mayoría de los niños se levantan renovados y llenos de energía. Durante la adolescencia, el reloj biológico del cerebro, o ritmo circadiano, cambia (de manera que los adolescentes se levantan y se acuestan más tarde).

En la adolescencia, las secreciones de melatonina, responsables de activar la somnolencia, comienzan más tarde en la noche y, en la mañana dejan de producirse tarde. Este cambio natural hace que los adolescentes se activen a la hora tradicional de acostarse en días de semana, entre 9 y 10 de la noche, y puede explicar por qué es tan difícil levantarlos al amanecer. En contraste, el ritmo circadiano de las personas en la mediana edad tienden a atrasarse, y muchos padres luchan por quedarse despiertos durante el mismo periodo en que sus hijos adolescentes están más alertas.

Los adolescentes en realidad necesitan tanto descanso o más del que disfrutaron como niños —la cantidad

de horas de sueño óptima es de 9 a 10 horas. La mayoría de los adolescentes tiene deficiencia de sueño crónica, y en promedio duermen entre 6 y 7 horas por noche. Parte de la culpa por esta situación se debe al horario temprano de las escuelas, que, al combinarse con los horarios de acostarse entre 11 p.m. y la medianoche, resulta en un déficit de sueño sustancial.

La falta de descanso puede causar siestas involuntarias (ya sea durante clase o, más peligroso, al volante), irritabilidad, incapacidad para realizar tareas que no sean emocionantes o de naturaleza competitiva, y dependencia de bebidas cafeinadas para mantenerse alerta.

La deuda con el descanso también tiene un efecto importante sobre la

capacidad del adolescente para aprender y retener material nuevo, en particular en materias abstractas, tales como la física, la filosofía, las matemáticas y el cálculo. Luchar contra la biología puede ser abrumador. No obstante, los adultos pueden ayudar a los adolescentes a dormir suficiente al mantener los televisores y aparatos electrónicos fuera de la habitación, no servir bebidas con cafeína en las tardes y lograr que reduzcan su nivel de actividad a una hora razonable. Dormir más durante los fines de semana para compensar por horas perdidas es una alternativa menos deseable, esto puede confundir al cerebro sobre cuándo son las horas de sueño y el efecto no es tan restaurador para el cuerpo como el horario normal de descanso.



LOS EFECTOS DEL TABACO, EL ALCOHOL Y LAS DROGAS SOBRE EL CEREBRO EN DESARROLLO DEL ADOLESCENTE



El impulso del adolescente hacia tomar riesgos podría originarse en la biología, pero ello no reduce las posibles consecuencias no saludables del consumo de alcohol, otras drogas y el tabaco sobre el cerebro del adolescente.

Investigaciones recientes del cerebro que utilizan imágenes de resonancia magnética sugieren que el alcohol tiene un impacto sobre los adolescentes diferente al que tiene sobre los adultos. Los jóvenes son más vulnerables a los efectos negativos del alcohol sobre el hipocampo —la parte del cerebro que regula la memoria de trabajo o “memoria operativa”, y el aprendizaje. Por lo tanto, el consumo alto de alcohol y otras drogas durante los años de la adolescencia puede resultar en puntuaciones más bajas en pruebas de memoria y atención en las edades desde principios a mediados de los 20 años.

La probabilidad de hacerse dependientes al consumo de alcohol en las personas que comienzan a beber antes de los 15 años es cuatro veces mayor que la de aquellas que esperan a los 21 años. Los adolescentes también tienen la tendencia a ser menos sensibles que los adultos a los efectos sedativos del alcohol. La sedación es una de las maneras en que el cuerpo se protege, dado que es imposible continuar bebiendo si uno se duerme o se desmaya. Con niveles más altos de alcohol en la

sangre, los adolescentes pueden mantenerse despiertos por más tiempo que los consumidores de alcohol de mayor edad. Esta diferencia biológica permite a los adolescentes beber más, y de esta manera se exponen a mayor daño cognoscitivo y quizás daño cerebral debido a la intoxicación por alcohol.

También hay diferencias marcadas en la manera en que la nicotina afecta a los fumadores adolescentes en comparación con los fumadores adultos. La nicotina causa pérdida de células y daño celular por todo el cerebro a cualquier edad, pero, en el adolescente, el daño es peor sobre el hipocampo, el banco de memoria de la mente. En comparación con los adultos, los adolescentes fumadores experimentan más

episodios de depresión e irregularidades cardíacas, y tienen mayor inclinación a hacerse dependientes de la nicotina más rápido y de manera más persistente.

Drogas tales como la cocaína y las anfetaminas buscan las neuronas receptoras de dopamina en el cerebro. El daño sobre estas neuronas puede afectar el desarrollo cerebral del adolescente de por vida, en las áreas del control de impulsos y la capacidad para experimentar recompensa.

Otros efectos del abuso de sustancias en los adolescentes incluyen los retrasos en el desarrollo de funciones ejecutivas del cerebro (el juicio, planificar y completar tareas, alcanzar metas) y las respuestas emocionalmente exageradas e inmaduras a las situaciones.



DESARROLLO EMOCIONAL Y SOCIAL



La búsqueda de la competencia emocional y social

“Los adultos me influncian más que mis amigos porque tienen más sabiduría sobre el mundo y experiencia en él.”

Niña, 16

Aunque el estereotipo de la adolescencia destaca los arranques emocionales y los cambios de humor abruptos, en realidad, estos años consisten en la búsqueda de la competencia emocional y social. La competencia emocional consiste en la capacidad para percibir, evaluar y manejar las emociones propias. Por su parte, la competencia social consiste en la capacidad de ser sensible y eficaz al relacionarse con otras personas. El desarrollo cognoscitivo en el cerebro brinda a los adolescentes una capacidad creciente para manejar sus emociones y relacionarse bien con las demás personas.

Contrario a los cambios físicos de la pubertad, el desarrollo emocional y social no es un proceso biológico inevitable durante la adolescencia. La sociedad espera que los jóvenes aprendan a evitar que sus emociones interfieran con su desempeño y con su capacidad de relacionarse bien con otras personas, pero esto no ocurre como un derivado del desarrollo cerebral solamente. En su lugar, estas capacidades se deben cultivar.

Cuatro áreas de desarrollo emocional y social

El desarrollo emocional y social funcionan juntos: al relacionarse con los

demás, una persona se comprende a sí misma. A las destrezas necesarias para manejar las emociones y relaciones exitosas, se le ha llamado “la inteligencia emocional” e incluye la conciencia de uno mismo, la conciencia social, el automanejo, y la capacidad de llevarse bien con las demás personas y hacer amigos.

La conciencia de uno mismo: ¿Cómo me siento?

La conciencia de uno mismo gira en torno a que los jóvenes aprendan a reconocer y nombrar sus emociones. Los sentimientos no se pueden identificar de manera correcta a menos que se les preste atención de manera consciente, y esto requiere profundizar e ir más allá de decir que uno se siente “bien”, “mal” o la respuesta trillada de “OK”.

Profundizar significa que una persona adolescente podría descubrir que se siente “ansioso” sobre un examen que tomará pronto, o “triste” cuando es rechazado por alguna persona que le gusta para pareja. Identificar la fuente de un sentimiento puede conducir a entender las maneras constructivas de solucionar un problema.

Sin este nivel de conciencia propia, los sentimientos no reconocidos se pueden tornar tan

SOBRE EL CEREBRO



La elevación de los niveles de estrógeno y testosterona durante la pubertad cambia la estructura del cerebro literalmente, de manera que el mismo procesa las situaciones sociales de forma diferente. Las hormonas de la pubertad provocan una proliferación de receptores de oxitocina, una hormona que funciona como neurotransmisor, en el área límbica del cerebro, donde se procesan las emociones. El efecto del aumento de oxitocina es intensificar los sentimientos de vergüenza o incomodidad con uno mismo, en tal medida que puede que el adolescente realmente sienta que su conducta es el centro de la atención de todos los demás. Esta sensación de que el mundo es un público que observa al adolescente llega al máximo en torno a los 15 años de edad, y luego disminuye.

REFERENCIA: Steinberg, L. (2008) A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*, 28, 78–106.

incómodos que el adolescente se puede alejar o deprimir, o puede que se comporte de maneras cuyo fin sea anestesiar los sentimientos, entre ellas, beber alcohol, consumir drogas o comer de más.

Conciencia social: ¿Cómo se sienten las otras personas?

Aunque es vital que el joven reconozca sus propias emociones, también es indispensable que desarrolle empatía y que tome en cuenta los sentimientos de las demás personas. Comprender los pensamientos y sentimientos de los demás y apreciar el valor de las diferencias humanas son las piedras angulares de la conciencia social.

El desarrollo cognoscitivo durante la adolescencia puede hacer difícil alcanzar la meta de adquirir la conciencia social para algunos jóvenes. Los adolescentes leen las emociones mediante una parte del cerebro distinta a la que utilizan los adultos. La Dra. Deborah Yurgelun-Todd, directora del departamento de neuropsicología y neuroimagen cognitiva (*Neuropsychology and Cognitive Neuroimaging*) en el hospital McLean de Belmont, Massachusetts, digitalizó imágenes de resonancia magnética (*MRIs*, por sus iniciales en inglés) de los cerebros de adolescentes y de adultos mientras se les enseñaban imágenes de caras de



personas que expresaban claramente temor. Todos los adultos identificaban correctamente que se trataba de temor. Alrededor de la mitad de los adolescentes no lo identificaron bien, y confundían la expresión con las de impacto emocional (*shock*), tristeza o confusión.

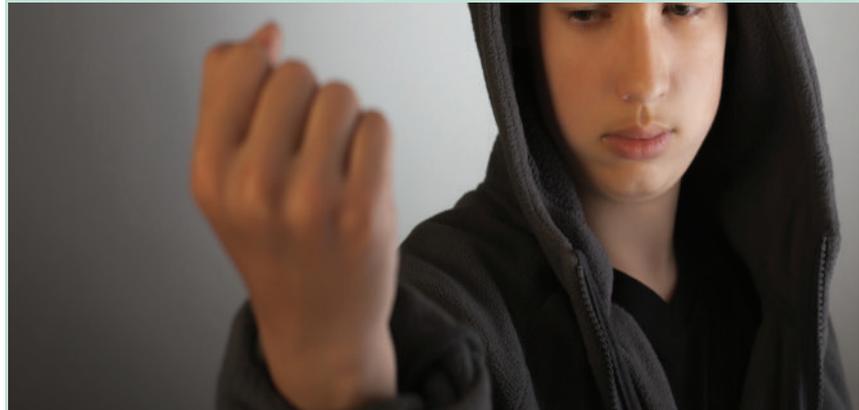
Yurgelun-Todd descubrió que, en las imágenes de MRI de los adultos, se iluminaban el área límbica del cerebro (la parte vinculada a las emociones) y la corteza prefrontal (la que está vinculada al criterio y el razonamiento). Cuando los adolescentes veían estas mismas imágenes, el área límbica se iluminaba, pero casi no había actividad cerebral en la corteza prefrontal. Hasta que se desarrolla la corteza prefrontal en la adultez temprana, puede suceder que los adolescentes malinterpreten el lenguaje corporal y las expresiones faciales. Para los adolescentes, es útil que los adultos les informen cómo se están sintiendo. Por ejemplo, el padre o la madre puede decir, “No estoy molesto contigo, solo estoy cansado y de mal humor”.

El automanejo: ¿Cómo puedo controlar mis emociones?

El automanejo consiste en vigilar y regular las emociones propias, y establecer y dirigirse hacia metas positivas. Durante la pubertad, los adolescentes pueden experimentar emociones intensas. Los investigadores han descubierto que el aumento de testosterona, tanto en los niños como en las niñas, en la pubertad inflama, literalmente, la amígdala —un área del cerebro asociada con la aceptación social, las respuestas a las recompensas, y con las emociones, en especial con el miedo—.

No obstante, los adolescentes sí pueden aprender a manejar sus emociones, y de hecho, lo hacen. En un joven, el automanejo exige utilizar las habilidades en desarrollo de razonamiento y de pensamiento abstracto para detenerse y tomarse un momento, examinar las emociones y considerar cómo las mismas tienen efecto sobre metas a más largo plazo. Al manejar

Posibles causas de la intensificación de las emociones



- Las hormonas, que inician los cambios físicos en la pubertad, también afectan el ánimo y las reacciones emocionales en general del adolescente.
- Las preocupaciones sobre los cambios físicos—la altura, el peso, el vello facial, los senos en desarrollo entre las niñas—son temas sensibles y origen de emociones intensificadas.
- Los horarios irregulares de comidas, donde se salta el desayuno y se ayuna para perder peso, pueden afectar el ánimo.
- El descanso insuficiente puede conducir a volatilidad del ánimo, tendencia hacia la tristeza, irritabilidad y la tendencia a reaccionar de manera exagerada.
- Experimentar las altas y las bajas normales de las relaciones sociales, en particular de las relaciones románticas, puede provocar que un(a) joven sienta la gama de emociones completa, desde el éxtasis hasta la desesperanza total.

las emociones de forma consciente, en lugar de reaccionar a cualquier avalancha de sentimientos, una persona joven puede aprender a evitar las dificultades y problemas que con frecuencia provocan las emociones fuertes. Reconocer que tiene el poder de escoger cómo reaccionar a una situación puede mejorar de manera sustancial la manera en que un adolescente experimenta esa situación.

Las relaciones de iguales: ¿Cómo puedo hacer amigos y mantenerlos?

El desarrollo social y emocional depende de establecer y mantener relaciones sanas y gratificantes, que estén basadas en la cooperación, la comunicación eficaz y la capacidad de resolver conflictos y resistir la presión de grupo inapropiada. Estas destrezas sociales se fomentan al ser parte de

“Mi mamá es mi mayor influencia, porque ella sabe las respuestas a mis preguntas y nunca me diría algo que me fuera a hacer daño a largo plazo.”

Niño, 15



La popularidad: Ventajas y desventajas

La mayoría de los padres quisiera que sus hijos adolescentes fueran populares. Ciertamente, la mayoría de los adolescentes quiere ser populares también. Sin embargo, un estudio reciente en la revista *Child Development* ('Desarrollo Infantil', en español) sugiere que estar en la primera categoría de la popularidad no es siempre tan bueno como se pinta.

Las ventajas de la popularidad son que los adolescentes populares dominan una gama más amplia de destrezas sociales que sus iguales de menos popularidad, tienen un mejor concepto sobre sí mismos, mayor capacidad para formar relaciones significativas tanto con amigos como con los padres, y una mayor capacidad para resolver conflictos dentro de esas relaciones.

Sin embargo, hay un lado negativo. Los adolescentes populares están en mayor riesgo de ser expuestos y participar en cualquier comportamiento de riesgo tolerados por sus semejantes. La popularidad se puede asociar a niveles más altos de consumo de alcohol y de abuso de sustancias, y a conductas desviadas de menor riesgo, tales como el vandalismo y el robo en las tiendas aparentando ser el cliente.

Los jóvenes populares tienden a llevarse mejor con sus amigos y con los integrantes de su familia, y parecen tener más madurez emocional que otros jóvenes. Sin embargo, esta madurez puede ser vulnerable a la necesidad de aprobación del grupo, debido a que puede que los adolescentes populares estén todavía más dispuestos que otros adolescentes a adoptar ciertas conductas cuando crean que ello les facilitará más la aceptación de parte de sus iguales. Algunas veces las conductas son "prosociales" o aceptados socialmente, como cuando un grupo presiona a sus integrantes populares a ser menos agresivos y hostiles. Otras veces, cuando las conductas arriesgadas son valoradas por los jóvenes populares, las conductas son más desviadas.

REFERENCIA: Allen, J.P., Porter, M.R., & McFarland, F.C. (2005). The two faces of adolescents' success with peers: adolescent popularity, social adaptation, and deviant behavior. *Child Development*. 76(3), 747-760.

un grupo de iguales, y en general, los adolescentes prefieren pasar más y más tiempo con sus compañeros adolescentes y menos tiempo con la familia. Estos brindan una oportunidad adicional para que los jóvenes construyan las destrezas sociales necesarias y una identidad fuera de la familia.

La influencia de los iguales o pares es normal y de esperarse. Los iguales tienen influencia significativa sobre los valores, las actitudes y los comportamientos cotidianos, en relación a la escuela, y a los gustos de vestimenta y música. Asimismo desempeñan un papel central en el desarrollo de las identidades sexuales y la formación de amistades íntimas y relaciones románticas.

Los amigos no tienen que ser una amenaza para la autoridad decisiva de los padres. Los padres siguen siendo figuras centrales durante la adolescencia. Los jóvenes dependen de su familia

y de los adultos que los cuidan para recibir afecto, conocer su identidad (identificarse), adoptar valores y desarrollar las destrezas de toma de decisiones. Los adolescentes dicen, y las investigaciones confirman, que los padres tienen más influencia que los iguales sobre si el adolescente fuma, consume alcohol u otras drogas, o comienza a tener relaciones sexuales.

Los adolescentes a menudo también buscan modelos de conducta y consejeros entre sus maestros, familiares, líderes de club y vecinos. Los estudios demuestran que las conexiones con los maestros, por ejemplo, pueden

“Un buen padre te escucha y no te mira por encima del hombro.”

Niña, 14

ser tan protectoras como las conexiones con los padres, en términos de retrasar el inicio de las relaciones sexuales y el consumo de tabaco, alcohol o drogas.

Algunos adolescentes, por supuesto, intercambian la influencia de sus padres y otros adultos por la influencia de sus iguales. Sin embargo, esto suele suceder cuando falta cercanía en la familia y vigilancia de parte de los padres. Los jóvenes necesitan aprender de sus padres u otros adultos ciertas habilidades, tales como pensar de manera independiente, tomar decisiones y resolver problemas. Así pueden aplicar estas destrezas dentro de su red de amistades.

La naturaleza de las relaciones sociales cambia a medida que el adolescente crece. Los adolescentes más jóvenes suelen tener por lo menos un grupo primario de amigos, y quienes integran el grupo suelen ser similares en muchos sentidos, incluido el género. Durante los años de la adolescencia temprana, los niños y las niñas se preocupan por

“Mis amigos me han inspirado a ayudar a cualquiera que vea con necesidad.”

Niña, 12

adaptarse y ser aceptados por su grupo de iguales.

Los descubrimientos emergentes en la ciencia del cerebro indican que puede que durante la adolescencia temprana el cerebro procese la aceptación social de parte de los iguales de manera similar a como se procesan otras recompensas placenteras, tales como recibir dinero o comer mantecado (*helado*). Esto hace que la aceptación social sea muy deseable y ayuda a explicar por qué los adolescentes cambian su conducta para que sea similar a la de sus iguales. Los adolescentes a menudo adoptan los estilos, valores e intereses del grupo para mantener una identidad que distinga su grupo de otros estudiantes.

Los grupos de iguales en la adolescencia media (14-16 años) tienen la tendencia a incluir tanto niños como niñas, y los integrantes del grupo tienen más tolerancia hacia las diferencias en apariencia, creencias y sentimientos. Para la adolescencia tardía (17-19 años), los jóvenes han diversificado su red de iguales más allá de un solo “corillo” o “grupito”, y desarrollan relaciones íntimas dentro de estos grupos de iguales, tales como amistades entre dos personas y romances.

Salir en pareja es una manera de desarrollar destrezas sociales, aprender sobre otras personas y explorar sentimientos románticos y sexuales. Los cambios hormonales que acompañan la pubertad impulsan a los adolescentes a comenzar a tener relaciones de salidas en pareja. La corriente principal de la cultura también desempeña un papel en esta tendencia. Los medios de comunicación y la cultura popular

están repletos de imágenes y mensajes que promueven la sexualidad y el romance en la adolescencia. Salir en pareja puede conducir al comienzo de la actividad sexual, pero igual puede crear oportunidades para expandir el crecimiento emocional. Las amistades y salir en pareja exponen al adolescente a experimentar los extremos de sentimientos de felicidad, emoción, decepción y desesperanza. Las investigaciones recientes muestran que tanto los niños como las niñas valoran la intimidad en las relaciones románticas, lo cual descarta el estereotipo predomi-

nante de que los varones prefieren las relaciones sexuales casuales.

El desarrollo emocional y sexual en contexto

Los adolescentes enfrentan una gama sorprendente de opciones en la sociedad moderna —desde escoger entre múltiples fuentes de entretenimiento hasta decidir trayectos alternos educativos o vocacionales—. A los adolescentes en la actualidad se les confronta con más decisiones, y decisiones más complicadas, que las que confrontaron sus padres y sus abuelos, y a menudo se

Las bases de la empatía



La empatía es la capacidad de un ser humano de identificarse con las preocupaciones y sentimientos de otra persona. La empatía es la base de la tolerancia, la compasión y la capacidad para diferenciar lo correcto de lo incorrecto. La empatía motiva a los adolescentes y a los adultos en igual medida a preocuparse por aquellas personas que están lastimadas o en problemas.

Algunas maneras en que usted puede fomentar la empatía en un adolescente:

- Demuestre tolerancia y generosidad en sus pensamientos, palabras y actos.
- Participe de manera activa en organizaciones religiosas o sociales que exhortan a las personas a concentrarse en asuntos más grandes que uno mismo.
- Ajuste sus propias conductas empáticas y tome acción sobre su interés en ofrecer alivio a otras personas, de manera que los adolescentes puedan copiar sus acciones.
- Construya el vocabulario emocional de la persona joven utilizando oraciones de sentimientos, tales como, “Tu amiga parece estar bien (ansiosa, enojada, desanimada)”. También puede subrayar las señales no verbales de los sentimientos para beneficio del adolescente.
- Enseñe empatía y preocupación hacia otras personas. Por ejemplo, ayude a los jóvenes a comprender, en un nivel emocional, las consecuencias negativas del prejuicio.
- Hable con los jóvenes sobre cómo su propio sufrimiento puede llevar a la compasión por otros adolescentes que sufren.



encuentran en entornos complejos que activan sentimientos y deseos encontrados.

La toma de decisiones responsables exige generar, implementar y evaluar las opciones éticas de una situación dada. Las alternativas escogidas, en el contexto ideal, beneficiarán a quien tome la decisión y el bienestar de otras personas.

Los lóbulos frontales del cerebro (aún en desarrollo) del adolescente hacen que éstos sean vulnerables a tomar malas decisiones. Se les puede hacer difícil tomar decisiones cuando las situaciones son ambiguas o inciertas. El capítulo “El desarrollo cognoscitivo” provee estrategias para ayudar a los jóvenes con las destrezas de toma de decisiones.

Las decisiones que tienen que ver con tomarse riesgos a menudo se toman en contextos de grupo —los escenarios que activan sentimientos intensos y activan los impulsos—. En un estudio experimental reciente, se les pidió a adolescentes, estudiantes universitarios y adultos que usaran un videojuego de conducir autos. Cuando los participantes estaban solos, los niveles de riesgo al conducir eran los mismos entre adolescentes, universitarios y adultos. Por otro lado, cuando jugaban el videojuego enfrente de los amigos, el nivel de riesgo al conducir

fue dos veces mayor entre los adolescentes, aumentó en un 50 por ciento entre los universitarios, y se mantuvo igual entre los adultos. La conducta arriesgada aumenta tanto para varones como para mujeres.

En un estudio de seguimiento posterior, Laurence Steinberg, PhD, de Temple University, usó imágenes de resonancia magnética funcional para trazar un mapa de la actividad cerebral mientras jugaban el videojuego. Estas imágenes mostraron que los cerebros de los adolescentes respondían de manera diferente cuando los compañeros estaban presentes, comparado a cuando no estaban allí. Cuando los adolescentes jugaban el video solos, se activaban las regiones cerebrales vinculadas al control cognoscitivo y el razonamiento. Cuando los iguales estaban presentes, se activaba también la red de neuronas que procesa las recompensas, lo cual sugiere que, para los adolescentes, las conductas que tienen potencial de ser gratificantes —y quizás arriesgadas— se tornan más gratificantes en presencia de los iguales. En la adolescencia tardía y la adultez temprana, la red de control cognoscitivo ha madurado, de manera que incluso entre amigos en situaciones de mucha presión, el impulso hacia tomar riesgos es menor.

Debido a que el aumento en la

vulnerabilidad hacia tomar riesgos y la influencia de los iguales aparenta ser una parte natural y normal del desarrollo neurobiológico, decirles a los adolescentes que no cedan a la influencia de los iguales puede que no sea eficaz, particularmente durante la adolescencia temprana. En su lugar, los adolescentes puede que estén mejor protegidos contra el peligro al limitar la exposición a situaciones arriesgadas. Las tácticas de reducción de peligro incluyen aumentar el precio de los cigarrillos, hacer rondas policíacas rigurosas en torno a la venta de alcohol a menores de edad, establecer restricciones de horarios en que los adolescentes pueden conducir vehículos de motor y hacer más accesible los servicios de salud reproductiva para los adolescentes.

**“Un buen amigo
es 100%
honesto contigo
todo el tiempo.”**

Niño, 16

MANERAS DE AYUDAR A LOS ADOLESCENTES A ESTABLECER CONEXIONES SOCIALES SANAS



Converse sobre el significado de la amistad genuina

Las personas tienen más que suficientes conocidos, pero los amigos verdaderos son regalos poco comunes. Hable con los jóvenes sobre lo que distingue a los amigos verdaderos de los amigos ocasionales. Los verdaderos amigos te aprecian por ti mismo, tratan de ayudarte, animarte, y te respaldan cuando los demás jóvenes se burlan de ti o te molestan. Un amigo o amiga verdadero no te juzga por la ropa que llevas puesta o por cuántas cosas caras tienes, no te presiona para que hagas lo mismo que hacen los demás, ni te obliga a hacer cosas peligrosas o ilegales, o te abandona cuando las cosas salen mal.

Ayude a los adolescentes a participar en cosas que consideren importantes

Los jóvenes pueden hacer amigos en la escuela, pero también pueden establecer relaciones mediante intereses en común. Averigüe en qué están interesados — computadoras, música, baile, encuentros de lectura de poesía, deportes, la fantasía/ ciencia ficción— y ayude a formar un club de ese tema o a involucrarlos en organizaciones que ya existen.



Encuentre ejemplos a seguir de amistad

Hay muchos ejemplos de buenos amigos en las películas, los libros y las canciones, y también en su comunidad. La amistad puede ser el tema del club de lectura o una serie de películas para un programa de jóvenes. Exponga a los adolescentes a ejemplos a seguir de la vida real y luego converse sobre lo que tienen en común las buenas amistades. ¿Qué atributos o valores tienen en común las personas con ese tipo de amistad?

Promueva el servicio a los demás

Lograr que los jóvenes participen en un proyecto de servicio comunitario es una manera de fortalecer relaciones de amistad, tanto con personas de su propia edad como con personas de otras generaciones. También sirve para formar relaciones sociales al trabajar junto a otros para alcanzar metas en común. El servicio comunitario también promueve los valores de bondad y solidaridad, y ayuda a los adolescentes a desarrollar su sentido de empatía. Permita que ellos decidan qué tipo de proyecto de servicio les gustaría llevar a cabo.



Enseñe sobre la relación entre la franqueza y el tacto

Los amigos no se critican de manera cruel o sin consideración —ni siquiera bajo el pretexto de ser sinceros—. Usted puede mejorar la habilidad de toma de decisiones de un joven hablando sobre las maneras de manejar ciertas situaciones sin lastimar a la otra persona. Usted puede conversar con su adolescente, por ejemplo, sobre qué decir cuando alguien le pregunta, “¿Te gusta mi nuevo corte de cabello?” o cuando una amistad o un familiar comenta, “Nunca te he visto usar el abrigo que te regalé”.



Converse sobre establecer límites

Ser un amigo no significa ser una alfombra que se puede pisar ni estar juntos 24 horas, 7 días de la semana. Las amistades necesitan tener límites, igual que el resto de las relaciones. Enfatice la importancia de las fronteras, de establecer límites, y de respetar la privacidad y los “periodos de tiempo a solas”; todos estos contribuyen a relaciones y/o amistades más sanas y fuertes a largo plazo.

El estrés en la adolescencia

Los adolescentes sienten presión

“Pienso que el estrés es un problema para los adolescentes como yo... Porque cuando llegas a cierta edad, comienzas a preocuparte sobre ciertas cosas, como cuando llega tu pubertad, tu cuerpo empieza a desarrollarse más y luego te preocupas sobre la escuela, tu familia, y sobre lo que la mayoría de la gente piensa de ti.”
Niña, 14

Puede que haya pensado, “¿Estrés en la adolescencia? Deja que sean adultos. Entonces, conocerán el estrés en serio”. Sin embargo, el estrés en la adolescencia es un problema de salud importante. Los años de la adolescencia temprana se distinguen por cambios rápidos —cambios físicos, cognoscitivos y emocionales—. Los jóvenes también enfrentan relaciones en transición con sus iguales, exigencias adicionales de la escuela, tensiones familiares y problemas de seguridad en sus comunidades. Las maneras en que los adolescentes manejan estos estresores pueden tener consecuencias significativas sobre su salud física y emocional a corto y largo plazo. Las dificultades en el manejo del estrés pueden conducir a problemas de salud mental, tales como la depresión y los trastornos de ansiedad.

¿Qué es el estrés? Es la reacción del cuerpo a un desafío, que puede ser cualquier cosa, desde un peligro físico concreto hasta querer preguntarle a alguien si saldría en una cita, o tratar de entrar a un equipo deportivo escolar. Tanto cosas buenas como malas producen estrés. Tener una discusión fuerte (pelea) con un amigo provoca estrés, pero también lo causa un beso apasionado y considerar lo que pudiera suceder después.

El cuerpo humano responde a los estresores activando el sistema

SITUACIONES QUE PUEDEN PROVOCAR ESTRÉS A LOS JÓVENES

- La presión académica y las decisiones respecto a sus carreras profesionales
- Los trabajos después de la escuela y de verano
- Salir en pareja, y las relaciones de amistad
- La presión de iguales y medios de comunicación hacia usar ciertas prendas de vestir, accesorios y joyería, o cortes de cabello
- La presión hacia experimentar con las drogas, el alcohol y el sexo
- La presión hacia tener el cuerpo de cierta forma y cierto tamaño. Entre las niñas, la atención se concentra a menudo en el peso. Entre los varones, suele ser sobre un tipo de físico muscular o atlético
- Manejar los cambios físicos y cognoscitivos de la pubertad
- Los conflictos familiares y con los iguales
- Ser objeto de burla o acoso (bullied) o estar expuesto a la violencia sexual o el acoso sexual
- Los itinerarios de vida sobrecargados, balancear las obligaciones académicas y familiares, y de deportes, actividades extracurriculares y vida social

nervioso y hormonas específicas. El hipotálamo le indica a las glándulas adrenales que produzcan más hormonas de adrenalina y cortisol, y las libere en el flujo sanguíneo. Las hormonas

aceleran el ritmo del corazón, el ritmo respiratorio, la presión arterial y el metabolismo. Los vasos sanguíneos se expanden para que fluya más sangre hacia los grupos musculares grandes, las pupilas se dilatan para mejorar la visión, y el hígado libera glucosa almacenada para aumentar la energía del cuerpo. Esta respuesta física al estrés se activa mucho más rápido en el adolescente que en el adulto porque la corteza prefrontal, la parte del cerebro que puede evaluar el peligro con calma y detener la respuesta de estrés, todavía no está desarrollada por completo en la adolescencia.

La respuesta al estrés prepara a la persona para reaccionar con rapidez y desempeñarse bien bajo presión. Puede ayudar a los adolescentes a mantenerse alertas y listos para enfrentar un desafío. No obstante, la respuesta al estrés también puede causar problemas cuando la reacción es exagerada o se sostiene por demasiado tiempo. Las situaciones estresantes sostenidas a largo plazo, tales como afrontar el divorcio de los padres o ser objeto de acoso escolar, pueden producir un estrés persistente de intensidad leve que, a su vez, puede desgastar las reservas del cuerpo, debilitar el sistema inmunológico y hacer al adolescente sentirse exhausto o agobiado. Las situaciones que les causan estrés a los adolescentes son a menudo diferentes de las que les causan estrés a los adultos. Además,

las experiencias de los adolescentes van a ser diferentes unas de otras. Un buen ejemplo de ello se puede encontrar al observarles en un baile. Algunos van a estar arrinconados, mirando el piso y pegados a la pared. Estos adolescentes casi no pueden esperar a que la fiesta se acabe de una buena vez. Otros están en el centro bailando sin parar, hablando y riéndose, y soñando con que la música nunca pare. Entre estos dos extremos, puede que encuentre jóvenes aparentando estar aburridos, pasando el tiempo con sus amigos, y quizás entrando a la pista de baile de vez en cuando. Entonces, ¿es el baile estresante de manera uniforme?

Existen varias estrategias que pueden ayudar a los adolescentes a manejar su estrés. Lo mejor, siempre que se pueda, es ayudarles a abordar de inmediato las situaciones que causan estrés. Escuche al adolescente, mantenga una actitud de apertura y reconozca que usted puede ofrecer apoyo incluso cuando no pueda identificarse con lo que esté sintiendo él o ella. Sintónícese con sus propios niveles de estrés, dado que sus sentimientos de agobio pueden ser contagiosos para el adolescente. Para manejar el estrés crónico, los padres y otros adultos interesados pueden ayudar a los adolescentes con entender la causa de su estrés y luego encontrar y practicar maneras positivas de manejar la situación.

SEÑALES DE QUE UN ADOLESCENTE ESTÁ ABRUMADO

- Aumento de quejas por dolor de cabeza, dolor de estómago, dolores musculares y/o cansancio
- Apagarse emocionalmente y alejarse de las personas y las actividades
- Aumento de ira o irritabilidad. O sea, explotar física o verbalmente contra las personas y hacia las situaciones
- Llorar con más frecuencia y parecer tener los ojos llenos de lágrimas
- Sentimientos de desesperanza
- Nerviosismo y ansiedad crónicos
- Cambios en hábitos de dormir y comer; por ejemplo, tener insomnio o estar demasiado “ocupado” para comer
- Dificultad para concentrarse



DESTREZAS DE MANEJO DEL ESTRÉS PARA LAS PERSONAS JÓVENES (Y PARA LOS ADULTOS)

- Hable sobre sus problemas con otras personas
- Respire profundo y, al mismo tiempo, piense o dígame a sí mismo en voz alta, “Yo puedo manejar esto”
- Relaje los músculos de manera progresiva: debe tensar y relajar los músculos grandes del cuerpo, y repetir el proceso
- Establezca metas pequeñas y divida las tareas en partes más pequeñas y manejables
- Haga ejercicio y consuma comidas de manera regular
- Duerma la cantidad adecuada de horas
- Deje el hábito de depender de la cafeína o las bebidas energéticas para manejar su día
- Concéntrese en lo que puede controlar (sus reacciones, sus acciones) y deje ir lo que no puede controlar (las opiniones y expectativas de las otras personas)
- Visualice las situaciones que le causan temor, y ensaye y practique estar en las mismas
- Examine y comprenda los peores desenlaces posibles, hasta que los mismos le parezcan entretenidos o absurdos
- Armonice las expectativas con la realidad bajando sus expectativas
- Programe descansos y actividades placenteras en su calendario
- Acéptese a sí mismo como es. Identifique sus fortalezas, lo que lo hace único, y construya sobre ellas
- Desista de la idea de la perfección, tanto con respecto a usted mismo como con las demás personas

Referencia: Dyl, J. Helping teens cope with stress. *Lifespan*. Obtenido de www.lifespan.org/services/childhealth/parenting/teen-stress.htm

El acoso escolar (*bullying*)



El acoso escolar (*bullying*):
¿Es un aspecto normal de crecer?

La mayoría de las personas adultas pueden acordarse de haber sido objeto de burla o acoso cuando eran menores. Puede ser que ser objeto de burla o acoso se considere una parte normal —aunque desagradable— de crecer, pero las investigaciones han mostrado que el acoso de iguales tiene efectos negativos de largo alcance sobre los adolescentes. Esta experiencia, tan común, puede conducir a problemas serios para los jóvenes durante un periodo crítico de su desarrollo, incluidos la salud mental deficiente y la deserción escolar.

Las estimaciones de un estudio del 2002 de los CDC revelan que en torno a un 30 por ciento de los adolescentes en Estados Unidos, o más de 5.7 millones de adolescentes, han estado en situaciones de acoso de iguales (*bullying*), haya sido como víctima, espectador o agresor. En una encuesta nacional de estudiantes de 6to a 10mo grado realizada en 2001, 13% reportó acosar a otros estudiantes, 11% reportó ser objeto de acoso de parte de otros, y 6% dijo acosar a otros y ser objeto de acoso. El acoso entre los adolescentes parece ser mucho más común entre los adolescentes más jóvenes que entre los de mayor edad. A medida que crecen, la probabilidad de que acosen a otros y de que sean objeto de acosadores escolares es menor.

SEÑALES DE ADVERTENCIA

- Ropa y otras pertenencias dañadas o perdidas
- Incidentes no explicados de cortaduras, moretones o ropa rota
- Ausencia de amigos
- Excusas frecuentes de haber perdido el dinero para gastos de la escuela, sus pertenencias, los almuerzos preparados en la casa o las meriendas
- Temor a ir a la escuela o de dejar el hogar
- Evadir lugares, amigos, integrantes de la familia o actividades que antes disfrutaba
- Uso de rutas inusuales para llegar a la escuela o la parada de la guagua o autobús, o para regresar de esos lugares
- Falta de apetito, dolores de cabeza, dolores de estómago
- Cambios abruptos de humor
- Dificultad para dormir
- Falta de interés en las tareas escolares
- Hablar del suicidio
- Agresividad extraña hacia los hermanos menores u otros integrantes de la familia.

REFERENCIA: The Youth Connection, January/February 2005, Institute for Youth Development, www.youthdevelopment.org

El acoso de iguales supone que una persona o un grupo trata de hacer daño de manera reiterada a alguien que considera más débil o vulnerable. La apariencia y el estatus social son las excusas principales del acoso de iguales, pero la orientación sexual, la raza o religión del joven, así como ser tímido o introvertido se pueden utilizar como excusas para ser objeto de acoso.

El acoso de iguales se puede manifestar en ataques directos: pegar, amenazar o intimidar, ridiculizar y provocar de manera maliciosa, insultar, dirigir comentarios sexuales, agredir sexualmente, y robar o dañar pertenencias. Puede manifestarse también en ataques indirectos y más sutiles, tales como iniciar y difundir rumores, o alentar a otras personas a rechazar a alguien. Las nuevas tecnologías, incluidos los mensajes de texto, los mensajes instantáneos, las páginas electrónicas de redes sociales, y la facilidad con que se pueden grabar videos y distribuirlos en línea han introducido una forma de intimidación nueva que está muy extendida por el internet: el acoso cibernético o ciberacoso (*cyberbullying*).

Develar el mito del acosador o *bully*

La imagen típica de un abusador (*bully*) joven es alguien inseguro y lleno de odio hacia sí mismo cuya falta de amor propio se desborda.

QUITARLE LO ABUSIVO AL ABUSADOR

El acoso escolar no se debe minimizar como un ritual de transición de la adolescencia. La conducta abusiva es lo que probablemente creará problemas emocionales y sociales durante los años de la adolescencia, y más adelante en la vida, tanto para la víctima como para el agresor. A continuación, las maneras en que los adultos pueden mejorar la situación:

- **QUEJESE** cuando un adolescente le cuente que es objeto de acoso en la escuela o cualquier otro lugar. Tome en serio la preocupación del adolescente. Vaya a la escuela y hable con los maestros, los entrenadores de deportes y el director. Hable con los padres, o los adultos encargados si hay un adolescente que está siendo objeto de hostigamiento de parte de otro joven o de un grupo de jóvenes.
- **OBSERVE** su propia conducta. Las y los adolescentes se dejan llevar por los adultos y buscan señales de cómo actuar. Por lo tanto, practique actuar interesado y empático, y controlar su agresividad. Evite participar de violencia física, la crítica severa, los desquites personales y los arranques emocionales crueles.
- **ABOGUE** por políticas y programas escolares y comunitarios que enfrenten el acoso escolar. Las políticas contra el acoso de pares se han adoptado en los estados de Carolina del Norte, Oregón, California, Nueva York, Florida y Luisiana. Un programa exitoso que se utiliza por todo el país lo desarrolló Dan Olweus, un psicólogo noruego y experto en el tema del acoso de pares.

El programa se concentra en crear una “comunidad interesada y compasiva”, en comparación a concentrarse en eliminar la mala conducta. Para más información sobre el programa de prevención de acoso escolar de Olweus, visite el sitio web: <http://www.clemson.edu/olweus/> (Este programa esta disponible en español)

Sin embargo, las investigaciones más recientes indican que a menudo la realidad es contraria a esa imagen, y que los adolescentes que acosan — tanto niños como niñas— tienden a ser personas seguras de sí mismas, de alta autoestima y de un estatus social elevado entre sus iguales. Aunque los acosadores tienen un estatus social alto, sus compañeros de clase preferirían no pasar mucho tiempo con ellos. De cualquier manera, el estatus que tienen significa que otros adolescentes toleran la conducta hostigadora. Esto puede representar desafíos para las personas adultas que estén enfrentando resolver los problemas de acoso.

Los acosadores también tienden a ser agresivos físicamente e impulsivos, y a molestar con rapidez, lo cual encaja con el perfil clásico de una persona intimidadora. Lo más común es que los adolescentes abusadores estén reflejando conductas que han observado en el hogar o en los adultos.

El acoso escolar

El acoso escolar ocurre con más frecuencia entre los varones que entre las niñas. Hay más probabilidad de que un

varón adolescente abuse de otros y que sea el blanco de acosadores. Aunque tanto los niños como las niñas dicen que otros los acosan burlándose de cómo se ven o cómo hablan, los niños son más propensos a reportar que les pegaron o empujaron o les dieron un puño. Entre las niñas es más frecuente haber sido el blanco de comentarios sexuales o rumores, pero las peleas físicas ocurren también.

Mientras los varones adolescentes tienen como blanco de hostigamiento tanto a varones como a niñas, a quienes más acosan las niñas adolescentes es a otras niñas, y utilizan métodos de agresión disimulados y más indirectos que los varones, tales como difundir chismes y utilizar a otras personas para rechazar o excluir a otra niña.

El hostigamiento duele

El acoso entre iguales puede causar que los adolescentes se sientan estresados, ansiosos y temerosos. Puede que las víctimas adolescentes del acoso no puedan concentrarse en la escuela, lo cual puede causar que evadan asistir a las clases, los deportes y las situacio-

nes sociales. Si el acoso continúa por periodos largos de tiempo, se afecta la autoestima. La persona joven a quien sus iguales acosan puede aislarse y tornarse retraído(a). En ocasiones poco comunes, puede que un adolescente tome medidas drásticas, tales como portar armas para protegerse.

Uno de los trastornos psiquiátricos más comunes entre los adolescentes que son objeto de acoso es la depresión, una enfermedad que, sin tratamiento, puede interferir con la capacidad de funcionar del adolescente. Según un estudio del 2007 que vincula el acoso y la conducta suicida, los adolescentes que son objeto frecuente de acoso en la escuela tienen una probabilidad cinco veces mayor de tener pensamientos suicidas serios y cuatro veces mayor de intentar suicidarse, comparados con los estudiantes que no habían sido víctima de acoso. Incluso después de que el acoso ha cesado, sus efectos pueden perdurar. Los investigadores han descubierto que años más tarde, los adultos que fueron víctima de acoso en la adolescencia tienen niveles de depresión más altos y una autoestima más baja que otros adultos.

LOS CIBERACOSADORES

Los mensajes de texto, las redes sociales virtuales, los blogs, los mensajes de correo electrónico, los mensajes instantáneos: todos estos son métodos que los adolescentes utilizan para mantenerse conectados unos a otros y expresarle al mundo quiénes son.

Sin embargo, esta tecnología nueva puede hacerles vulnerables al problema ancestral del acoso de iguales. Las redes sociales virtuales y los cuartos de chat (*chatrooms*) sin supervisión pueden servir de foro para mensajes provocativos en términos sexuales, orientados hacia la violencia, degradantes o racistas.

Los ciberacosadores envían mensajes obscenos u hostigadores, colocan información privada en sitios electrónicos públicos, excluyen de manera intencional a personas específicas de un cuarto de chat, o se hacen pasar por otra persona para tratar de ridiculizar a alguien (por ejemplo, pretender ser un niño o una niña en quien la persona joven está interesada románticamente).

El ciberacoso puede aumentar de manera vertiginosa y convertirse en una “guerra incendiaria” (*flame war*) —un intercambio en escalada de ataques en línea, sea en privado mediante textos o mensajes instantáneos, o en un sitio virtual público—. En los sitios en línea públicos esta práctica tiene el objetivo de humillar a la persona objeto del ataque y empujarla a retirarse del sitio o foro virtual.

Frecuentemente, al comienzo la información que se utiliza para acosar en línea parece inocente o no tener consecuencias mayores. Un adolescente puede colocar algo en línea o enviar un texto que él o ella piensa son noticias normales sobre un amigo, una maestra o un integrante de su familia, pero otras personas pueden utilizar esa información para hostigar u acosar.

Aunque existen todavía muy pocas investigaciones sobre el ciberacoso, parece ser que tiene la misma

incidencia que el acoso de iguales tradicional. Un estudio realizado en el 2007 en escuelas intermedias (o secundarias) en la región sureste de Estados Unidos encontró que los niños y las niñas participan en igual medida en la práctica del ciberacoso, pero las niñas tienen una mayor probabilidad de ser las víctimas. Un 25 por ciento de las niñas y 18 por ciento de los niños reportaron



haber sido víctimas de ciberacoso en los últimos dos meses. Más de un tercio de las víctimas de conductas de ciberacoso en el estudio también reportaron haber participado en conductas de acoso. Los mensajes instantáneos son el método más común de ciberacoso.

El ciberacoso difiere del acoso de iguales tradicional en que puede ser más difícil escapar. El ciberacoso puede ocurrir en cualquier momento del día o la noche, y puede ser mucho más público, dado que los mensajes groseros y obscenos se pueden difundir con rapidez. Además, el ciberacoso puede ser anónimo. En el mismo estudio de estudiantes de escuela intermedia del

2007, casi la mitad de las víctimas del ciberacoso no sabía quién había sido la persona que los había acosado.

El ciberacoso es mucho más común que la solicitud sexual en línea o “inducción sexual por internet”, esto es la práctica de solicitar encuentros sexuales en línea —otro problema serio—. En la mayoría de los delitos sexuales en línea, participan hombres adultos que solicitan a adolescentes de 12 a 17 años de edad, que se encuentren con ellos para tener sexo. La representación frecuente en los medios de comunicación de las víctimas adolescentes como ingenuas es falsa. La gran mayoría de los adolescentes que son víctima de depredadores sexuales en línea sabe que está sosteniendo una comunicación con un adulto, conversa en línea sobre sexo y espera tener una experiencia romántica o sexual si tuviese un encuentro con la persona adulta. Alrededor de tres cuartas partes de los adolescentes que se encuentran con el agresor, lo hacen más de una vez. Para ayudar a los adolescentes a evitar convertirse en víctima de delitos sexuales en línea, es importante sostener discusiones francas y con información verdadera sobre por qué está mal que los adultos se aprovechen de los sentimientos sexuales normales que tienen los adolescentes.

Los adolescentes están más vulnerables a las solicitudes sexuales en línea si envían información privada a alguien desconocido (en comparación con solo colocarla en un sitio virtual), si visitan cuartos de chat, si acceden a pornografía o si son ellos quienes hacen comentarios sexuales en línea. No hay evidencia de que el uso de las redes sociales en línea, tales como Facebook o MySpace, aumente el riesgo de un adolescente a ser objeto de solicitudes sexuales agresivas.

REFERENCIAS: Gengler, C. (2009). Teens and the internet. *Teen Talk: A Survival Guide for Parents of Teenagers*. Regents of the University of Minnesota. Disponible en <http://www.extension.umn.edu/distribution/familydevelopment/00145.pdf>.

Gengler, C. (2009). Teens and social networking websites. *Teen Talk: A Survival Guide for Parents of Teenagers*. Disponible en <http://www.extension.umn.edu/distribution/familydevelopment/00144.pdf>.



LAS FORMAS EN QUE LOS ADULTOS PUEDEN PROTEGER A LOS ADOLESCENTES DE LOS CIBERACOSADORES Y LOS DEPRADADORES EN LÍNEA

- Enfáticele al adolescente lo que no es seguro anunciar en el internet o decirle a personas que no conoce: su nombre completo, su dirección física, su teléfono celular, los lugares específicos donde suele pasar el tiempo, información sobre sus finanzas, su trasfondo étnico, su escuela, y cualquier otra información que ayudaría para localizarle. Aunque es importante proteger la privacidad del joven, puede que sea necesario darle una mirada a la cuenta del adolescente en la red social electrónica que utiliza para asegurarse de que no esté revelando demasiada información personal.
- Enfatique que en el espacio virtual no existe tal cosa como una tecla de “borrar” —los mensajes, las fotos, los desahogos y las reflexiones pueden perdurar y, de hecho, perduran por la eternidad—. La información que a un adolescente le puede parecer inofensiva ahora, se puede utilizar en su contra en cualquier momento en el futuro —tal vez cuando solicite admisión a la universidad o cuando esté en búsqueda de empleo—. Las fotos que se suben a los sitios virtuales no deben revelar demasiada información personal.
- Cancele la página web o el blog personal si el adolescente está siendo objeto de acoso de iguales o está siendo atacado con mensajes insultantes. De ser necesario, se puede obtener una nueva dirección de correo electrónico y una nueva identidad para mensajes instantáneos.
- Deje claro a la persona joven qué tipos de mensajes son dañinos e inapropiados. Haga cumplir las consecuencias que haya advertido claramente cuando participe de ese tipo de conductas.
- Anime a las personas adolescentes a no responder al ciberacoso. La decisión de borrar mensajes o no hacerlo es difícil de tomar. Si bien no es bueno para los jóvenes volver a ver los mensajes, puede que sea necesario guardarlos como evidencia si el acoso persiste.
- Mantenga las computadoras fuera de las habitaciones de los adolescentes de manera que la actividad en línea se pueda vigilar mejor.

REFERENCIAS: Kowalski, R.M. & Limber, S.P. (2007). Electronic bullying among middle school students. *Journal of Adolescent Health*, 41, S22–S30.
Wolak, J., Finkelhor, D., Mitchell, K.J., & Ybarra, M.L. (2008). Online “predators” and their victims: myths, realities, and implications for prevention and treatment. *American Psychologist*, 63(2): 111–128.



La construcción del sentido de identidad

“Parte de tu identidad es conocerte, y saber qué quieres y cuándo hacer lo correcto.”

Niña, 15

La adolescencia es la etapa durante la cual una persona considera de manera profunda por primera vez en la vida la pregunta “¿Quién soy yo?”. La respuesta a esta pregunta — respuesta que evolucionará a lo largo de la vida— constituye la base de la identidad personal, o la percepción de uno mismo. Ciertos cambios en el cerebro le dan al adolescente las herramientas para comenzar a construir una identidad personal.

La identidad es el sentido que tiene uno de sí mismo. Dos aspectos clave de la identidad son el autoconcepto y la autoestima.

El autoconcepto de una persona —o lo que una persona cree de él o ella misma— es determinado por las percepciones que tiene de sus talentos, cualidades, metas y experiencias de vida. El autoconcepto también puede incluir las creencias políticas

o religiosas. Por ejemplo, el autoconcepto de una adolescente puede que se fundamente sobre la creencia de que es inteligente, artística y conservadora políticamente y en estar interesada en ser doctora. Identificarse con un grupo étnico y las experiencias que un adolescente tenga como resultado de ese vínculo probablemente también tengan influencia sobre su autoconcepto.

La autoestima, por otra parte, se refiere a cómo la persona se siente sobre su autoconcepto —o sea, ¿la persona tiene en alta estima lo que es?—. La autoestima se ve afectada por la aprobación de los padres y otras personas adultas, el nivel de apoyo recibido de parte de amigos, la familia y el éxito personal.

Los altibajos de la autoestima son normales durante la adolescencia, en particular durante los años de la adolescencia temprana (los años alrededor

de la escuela intermedia). La autoestima se torna más estable a medida que va creciendo el adolescente.

Durante la segunda década de vida, las personas están determinando su autoconcepto y su autoestima, y lo hacen en parte mediante cinco tareas de desarrollo:

- Forjando su independencia
- Alcanzando el dominio de destrezas o un sentido de competencia personal
- Estableciendo su posición social
- Experimentando la intimidad
- Determinando su identidad sexual

Al probar en su persona diferentes maneras de ser, los adolescentes descubren qué encaja en cada una de las áreas mencionadas. Experimentan con cómo se siente tener diferentes ideas, vestirse de maneras diferentes, pasar el tiempo con diferentes tipos de amigos, y hacer actividades y vivir cosas nuevas. Cada adolescente abordará esta exploración a su propio modo y a su propio ritmo. Éste es un aspecto saludable de crecer y no debe ser motivo de preocupación.

Debido a que sus lóbulos frontales —que son los que controlan las emociones y los procesos de razonar, planificar y solucionar problemas— no se han desarrollado por completo, el interés en experimentar de los jóvenes

SOBRE EL CEREBRO



Estudios recientes han indicado que a medida que las habilidades del pensamiento abstracto de las y los adolescentes aumentan, también aumentan sus niveles de ansiedad social. Tener la capacidad de pensamiento abstracto significa poder verse desde la perspectiva de un observador o alguien externo, y también poder tomar en cuenta los sentimientos y pensamientos de otras personas. El surgimiento del pensamiento abstracto puede hacer al adolescente más vulnerable a la ansiedad social, porque simultáneamente se torna más consciente de sí mismo y se preocupa más por lo que otras personas están pensando sobre él o ella.

REFERENCIA: Rosso, IM, Young, A.D., Femia, L.A., & Yurgelun-Todd, D.A. (2004). Cognitive and emotional components of frontal lobe functioning in adulthood and adolescence. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 355-362.

no siempre se compensa con su capacidad de valorar bien y hacer juicios sólidos, o de visualizar el futuro relativamente cercano. Como consecuencia de esto, los adolescentes pueden participar en comportamientos arriesgados y osados en el transcurso de poner a prueba identidades y maneras nuevas de pensar. Ciertos cambios cognoscitivos en el cerebro a menudo promueven el flujo de adrenalina producto de la búsqueda de emociones fuertes y poner a prueba los límites.

Forjar la independencia: ¡Puedo hacer las cosas por mi cuenta y pensar por mí mismo!

Desde el nacimiento, las niñas y los niños comienzan a desarrollar autonomía, o su capacidad para pensar y actuar de manera independiente. Durante los años de la adolescencia, alcanzar la autonomía significa convertirse en una persona que se rige a sí misma.

A medida que desarrollan su autonomía o independencia, los adolescentes ejercitan su creciente capacidad para tomar decisiones y sostenerlas hasta su conclusión natural, así como para elaborar sus propios principios de lo que está bien y lo que está mal. La sana identidad se deriva en parte de que el joven aprenda a confiar en su capacidad para tomar decisiones apropiadas por sí mismo.

Existen dos tipos de autonomía: la física y la psicológica. La *autonomía física* consiste en la capacidad de hacer las cosas por uno mismo, más allá del espacio familiar. A medida que el adolescente gana autonomía física, asume más responsabilidad por su propia persona. Las tareas, tales como asegurarse de tenerlo todo listo para ir a la escuela al día siguiente, se llevan a cabo de manera independiente de los padres o cuidadores.

La *autonomía psicológica* es la capacidad para ejercer el juicio de manera independiente y de determinar los principios propios de lo que está bien y lo que está mal. A medida que los adolescentes ganan autonomía psicológica,

Cómo la autoestima impacta a los adolescentes



Si bien no cabe duda de que fomentar una autoestima alta es importante en el desarrollo saludable de un niño o una niña, sentirse bien con uno mismo no protege por sí solo contra la conducta arriesgada, como se pensaba antes. Por ejemplo, la autoestima alta no previene contra el embarazo en la adolescencia, la violencia o involucrarse en pandillas (*gangas*).

“La independencia significa para mí que eres libre de hacer lo que quieras, pero que también conoces los límites y hasta dónde puedes llegar.”

Niña, 15

Cómo apoyar la formación de una identidad saludable



- Acepte a la persona adolescente por quien es.
- Respete las diferencias entre usted y el (la) adolescente.
- Negocie con el adolescente, en particular al establecer límites, y explique su razonamiento.
- Sea constante al hacer cumplir las reglas.
- Aliente la autoexpresión de la persona joven.
- Tome en cuenta la perspectiva del adolescente cuando razone con él o ella.

REFERENCIA: Steinberg, L. and Levine, A. (1997). *You and your adolescent*, New York: Harper Perennial, (pp. 191–193).

comienzan a defender sus opiniones y a señalar cuando las personas adultas que forman parte de sus vidas cometen errores.

Desarrollar la autonomía a menudo significa probar maneras diferentes de comportarse, pensar y creer. Si bien puede que no sea fácil para los adultos manejar los aspectos de la adolescencia que tienen que ver con el “¿Quién soy yo ahora?”, alcanzar la autonomía es necesario para que un adolescente sea autosuficiente en el futuro. A medida que los adolescentes desarrollan autonomía, aumenta su comunicación con el mundo exterior y, al mismo tiempo, puede que exijan más privacidad y tiempo a solas.

Es importante recordar que los

jóvenes están moviéndose hacia su independencia, pero todavía no son expertos en esto de la autonomía. Las partes del cerebro que controlan el razonamiento, la planificación y la solución de problemas no están desarrolladas por completo en los adolescentes. Por lo tanto, no pueden evaluar correctamente el riesgo de una situación; necesitan y desean que funcione y madure la parte del cerebro encargada de establecer límites.

Para ser más útil para los adolescentes, la persona adulta necesita ser una figura constante que establezca y mantenga límites seguros dentro de los cuales el joven pueda practicar las destrezas de ser independiente. Establecer límites seguros incluye tener expectativas claramente establecidas de comportamiento responsable, y las consecuencias de no satisfacer dichas expectativas deben estar bien planteadas. Las expectativas tienden a poderse satisfacer cuando las establecen juntos los adultos y los adolescentes involucrados y cuando son explícitas, prácticas y apropiadas para la edad. Ambas partes deben ser flexibles, y a los adultos en especial les puede servir enfatizarles a los adolescentes qué hacer en situaciones dadas, en lugar de concentrarse en qué no hacer o usar campañas de miedo o espantar a los adolescentes.

Establecer límites no significa decirle al adolescente qué pensar o qué sentir. Decirle a una persona adolescente —o a cualquier persona, en realidad— cómo se debe sentir sobre algo, o ridiculizarla catalogando su pensamiento sobre un tema como incorrecto o “malo” interrumpe su sano desarrollo. Los adolescentes que reportan que sus padres no les reconocen autonomía suficiente como para generar sus propios pensamientos y sentir sus propias emociones tienen mayor probabilidad de estar deprimidos y de manifestar su descontento bebiendo hasta emborracharse, ausentándose de la escuela o peleando.



LA PRESIÓN DE GRUPO Y LAS PANDILLAS (GANGAS)

Una preocupación importante con respecto a la influencia de la presión de grupo es la participación en pandillas o 'gangas'.

Las y los jóvenes participan en las pandillas de muchas maneras diferentes. Algunos adolescentes pueden ser seguidores pasivos, lo que implica que acompañan sin participar activamente en el funcionamiento de la pandilla, mientras otros adolescentes pueden tener amigos dentro de la pandilla e involucrarse de manera ocasional. En otro nivel de participación están los constantes o seguidores activos. Estos pasan la mayor parte del tiempo con integrantes de la pandilla. Finalmente, los integrantes entregados de la pandilla son quienes tienen una participación total en las actividades de la pandilla y reclutan integrantes nuevos.

Las pandillas se diferencian de los grupos o grupitos en que pueden proveer un sentido de identidad y pertenencia que va mucho más allá de sólo encajar en el grupo. Las pandillas ofrecen un sentido de familia, respeto y seguridad personal. Con frecuencia, este vínculo es más fuerte que aquel del adolescente con su familia biológica, dado que los y las integrantes de las pandillas están dispuestos a morir y matar unos por otros, y para proteger su territorio. La lealtad total de unos hacia otros significa un enlace casi inquebrantable, y es el tipo de enlace que es aún más difícil de resistir para los adolescentes que carecen de este tipo de apoyo y constancia en sus hogares.

Los y las adolescentes se unen a las pandillas buscando seguridad, compañía, oportunidad económica y emoción de la aventura. A menudo, la presión de grupo para unirse a una pandilla es intensa, y con frecuencia el origen de esta presión son hermanos y hermanas mayores. Sin embargo, la sensación de seguridad dentro de una pandilla es muchas veces ilusoria, y la ventaja económica puede ser de muy corto plazo. El comportamiento arriesgado o ilegal envuelve a los adolescentes y no les permitirá tener acceso al éxito o la felicidad duraderos.

Ser parte de una pandilla está asociado a la delincuencia y a la desconexión de la escuela y la familia, así como a un aumento en el riesgo de muerte, lesión, abuso de drogas y alcohol, infecciones de transmisión sexual, y paternidad o maternidad prematura.

“Lo que a mí más me gusta de mi mejor amiga es que ella se siente cómoda con su propio cuerpo.”

Niña, 12



Alcanzar el dominio de destrezas: ¿Soy una persona competente? ¿Qué me gusta hacer y en qué soy bueno(a)?

Es indispensable reconocer que los adolescentes están tratando de conseguir un sentido de competencia personal, lo cual gira en torno a ser bueno en algo o alcanzar metas. La competencia personal consiste en la capacidad de dominar el desempeño de algo que otras personas valoran. Los adolescentes se esfuerzan por demostrar que son competentes en los escenarios escolares, deportivos y de trabajo, así como en el área social, y en las relaciones con sus iguales e integrantes de su familia.

Una amplia variedad de investigaciones indican que los adolescentes que obtienen una puntuación alta en instrumentos que miden la competencia percibida están menos suscep-

tibles a los sentimientos negativos y la depresión. Los adolescentes que tienen un buen sentido de competencia personal en general se adaptan mejor cuando están bajo estrés.

Los adolescentes necesitan evaluar cuál es su competencia y cuáles son sus metas —en qué actividades son hábiles en el presente y en qué áreas están dispuestos a esforzarse para alcanzar el éxito—. Aquellas personas que tienen hijas e hijos adolescentes o que trabajan con ellos, pueden alentarlos a poner a prueba sus intereses. Los padres y madres pueden ayudarles a encontrar por lo menos una habilidad en la que son buenos y que pueden dominar, o alentarlos a involucrarse en múltiples grupos o actividades dentro de la escuela, en espacios religiosos y en la comunidad.

Puede que los adolescentes cambien de parecer con frecuencia sobre lo que quieren hacer, y esto



puede ser frustrante para las personas adultas. Sin embargo, incluso en estas circunstancias, los adultos con la que interactúan pueden responder de manera positiva sugiriéndoles que sigan participando en una actividad por el periodo necesario para cimentar ciertas destrezas antes de cambiar y probar otra actividad.

En este periodo los adultos pueden ir más allá del papel tradicional de ser figuras de autoridad. En lugar de resolver los problemas del adolescente o decirle qué hacer, las personas

adultas pueden orientarle durante el proceso de tomar decisiones para descifrar dónde y cuándo lucir sus talentos —proceso que a menudo puede implicar mucha vulnerabilidad—.

Establecer la posición social: ¿Dónde encaja?

Una de las muchas contradicciones fascinantes de la adolescencia es que los adolescentes desean independencia, mientras al mismo tiempo tienen una necesidad profunda de encajar y pertenecer. Por un lado, el joven puede

Las ventajas del grupo de iguales



Los grupos de iguales ayudan a los y las adolescentes a:

- **APRENDER** a interactuar con los demás
- **VALORAR** la confianza, la lealtad y la autoexpresión
- **DAR** forma a su identidad y personalidad, sus intereses y capacidades
- **ESTABLECER** autonomía sin el control de las personas adultas, incluidos los padres
- **OBTENER** apoyo emocional
- **OBSERVAR** cómo otras personas manejan problemas similares y evaluar la eficacia de esas maneras de abordarlos
- **ESTABLECER** amistades

REFERENCIA: Atwater, L.E. (1988). The relative importance of situational and individual variables in predicting leader behavior: The surprising impact of subordinate trust. *Group & Organization Studies* 13, 290–310.

quejarse y decir, “Déjenme solo”, y por el otro lado, gravitar hacia grupos particulares con los cuales siente una afinidad —los “nerds”, los deportistas, los “cerebritos”, los “reggaetoneros”, los góticos o los populares—. Esta conducta, que aparenta ser contradictoria, es una parte predecible del proceso de formación de identidad.

Se cree que el impulso hacia unirse a grupos tiene su origen en parte en los cambios del cerebro adolescente. La aceptación social por parte de los iguales activa emociones posi-



EL MANEJO DE LA PRESIÓN DE GRUPO ENTRE ADOLESCENTES

● LEVÁNTATE Y HAZTE ESCUCHAR

Si los adultos importantes en la vida del adolescente lo tratan como alguien responsable, él o ella se comportará con más frecuencia de manera responsable cuando esté junto a sus iguales. Escuche sus ideas, permítale tomar decisiones y desarrolle una apreciación sana de la perspectiva del adolescente.

● LA PRESIÓN DE GRUPO ES DE POR VIDA

Los adolescentes no son los únicos influenciados por la presión de grupo. Todos la enfrentamos en el espacio de trabajo, con nuestras amistades, de parte de la familia e incluso en nuestras comunidades. Utilice sus experiencias para ayudar a los adolescentes a notar que tomar decisiones suele significar establecer un balance entre diferentes presiones y exigencias.

● EL PODER DE PLANIFICAR CON ANTICIPACIÓN POWER OF PLANNING AHEAD

Los adolescentes a menudo deciden qué hacer en el momento, cuando están emocionados y sin pensar, porque sus destrezas de pensamiento sobre el futuro no se han desarrollado por completo. Converse con ellos de antemano sobre las situaciones posibles y las circunstancias de riesgo, y aliente al adolescente a considerar qué estrategias utilizar para manejarlas.

REFERENCIA: Steinberg, L. and Levine, A. (1997). *You and your adolescent*, New York: Harper Perennial, pp. 191–193.

vas más intensas (una “respuesta de recompensa” mayor) durante los años de la adolescencia que en la adultez. Pertenecer a un grupo ofrece a los adolescentes oportunidades para aprender y practicar los papeles nuevos que van a desempeñar como integrantes adultos de la sociedad.

Además, la mayoría de los adolescentes consideran que ser parte

de un grupo cuyos integrantes están pasando por las mismas transiciones, es una fuente de apoyo. Los adolescentes sienten inseguridad a menudo sobre cómo será su vida adulta y se preguntan si tendrán éxito o fracasarán cuando les toque contribuir a la sociedad. Esta incertidumbre es más fácil de soportar cuando se comparte con otros jóvenes que están pasando por las

mismas experiencias.

La motivación de querer pertenecer influye cuán dispuesto estará el adolescente a ceder a la presión de grupo y cuánta influencia el grupo tendrá sobre su vida. En general, mientras más importante sea la experiencia de pertenecer para un adolescente, más susceptible estará a la influencia de sus iguales.

Ahora sabemos que, curiosamente, puede que los adolescentes populares sean más susceptibles a la influencia de los iguales de lo que se pensaba, porque estos se esfuerzan mucho en mantener su posición en la punta de la pirámide social. Puede que parte de todo ese esfuerzo implique comportarse de la manera que creen se espera de ellos, incluido fumar, beber alcohol y participar de actividades sexuales.

El sentido de identidad también está conectado a identificarse con grupos particulares, tales como las mujeres, los negros, los judíos, los hispanos, los homosexuales (las lesbianas), etc. Algunos estudios han encontrado que un sentido firme de ser parte del grupo étnico propio y sus tradiciones —denominado “*identidad étnica*”— se



Enseñe a los adolescentes las cualidades de un buen amigo

Los buenos amigos:

- Se escuchan mutuamente
- No se critican con severidad
- No se hieren los sentimientos a propósito
- Pueden estar en desacuerdo sin hacerse daño uno a otro
- Pueden confiar y depender uno del otro
- Se expresan respeto mutuo
- Se dan espacio para cambiar y crecer

Glosario de términos de identidad sexual

ORIENTACIÓN SEXUAL La atracción emocional y sexual hacia otras personas según el género de la otra persona. Una persona puede identificar su orientación sexual como heterosexual, lesbiana, gay u homosexual, bisexual o queer.

IDENTIDAD DE GÉNERO El sentido interno y profundo de una persona indicándole que es hombre, mujer, otro o algo entremedio. Todas las personas tienen una identidad de género.

LA EXPRESIÓN DE GÉNERO O PRESENTACIÓN DE GÉNERO Las características y comportamientos de una persona que se perciben como masculinos o femeninos, tales como la apariencia, la manera de vestir, los manierismos, los patrones de habla y las interacciones sociales.

HETEROSEXUAL Una persona cuyos sentimientos sexuales y emocionales se dirigen principalmente hacia personas del sexo opuesto.

HOMOSEXUAL O GAY Una persona cuyos sentimientos sexuales y emocionales se dirigen principalmente hacia personas de su mismo sexo.

LESBIANA Una mujer homosexual.

BISEXUAL Una persona cuyos sentimientos sexuales y emocionales se pueden dirigir tanto hacia hombres como hacia mujeres.

TRANSGÉNERO Un término global que se utiliza para describir a personas cuya identidad de género, características o expresión de género no se adhieren a la identidad, características o expresión asociadas tradicionalmente a su sexo biológico.

LGBTQ Un término global derivado de las iniciales de las palabras en inglés para “lesbiana, gay, bisexual, transgénero y ‘en cuestionamiento’ (questioning)”. La categoría de questioning se incluye para incorporar a aquellas personas que no están seguras todavía de cuál es su orientación sexual y/o su identidad de género.

QUEER Históricamente, un término negativo que se utilizaba contra personas percibidas como LGBTQ. Sin embargo, en tiempos recientes, algunas personas han recuperado el término otorgándole una connotación positiva, para describir a todos aquellos y aquellas que no se adhieren a las normas tradicionales de género y sexualidad.

GÉNERO NO CONFORME O DISIDENCIA DE GÉNERO Un término utilizado para describir a una persona que es, o a quien se percibe como alguien que tiene, características o comportamientos que no se adhieren a las expectativas tradicionales o sociales de su género. Las personas con identidad de género no conforme pueden o no identificarse como LGBTQ.

REFERENCIA: *California Safe Schools Coalition*. Glossary of terms. Obtenido de <http://www.casafeschools.org/resourceguide/glossary.html>.

“Creo que la confianza juega un papel importante en una amistad. Si no puedes confiar en tus amigos, ¿cómo sabes que no están contando tus secretos a otras personas a tus espaldas?”

Niña, 12





asocia a muchos beneficios, tales como la autoestima alta y el buen desempeño académico. Los estudios también evidencian que una identidad racial positiva protege a los adolescentes africano-americanos contra el daño psicológico o emocional de la discriminación racial.

Para los adolescentes de grupos raciales y étnicos minoritarios, las experiencias positivas con su cultura tienen que competir contra los mensajes mediáticos negativos y las experiencias de discriminación. Incluso una conversación casual puede debilitar la identidad racial y étnica positiva. Por ejemplo, cuando alguien le pregunta a un adolescente de dónde es, una contestación como “Maryland” o “California” se acepta de parte de adolescentes blancos y africano-americanos. Pero a los adolescentes latinos, asiático-americanos e incluso a los nativo-americanos, se les hace una pregunta de seguimiento —“Sí, pero *en realidad* ¿de dónde eres?”— lo cual los hace sentir como intrusos.

Los padres y las personas adultas que pertenecen al mismo grupo racial o étnico del adolescente pueden ayudar a promover una identidad racial y étnica positiva. Los mensajes que enfatizan el orgullo étnico y la historia y las tradiciones étnicas pueden ayudar a promover la identidad positiva. Exponer a los adolescentes a libros,

música, películas y cuentos relacionados a su raza, herencia cultural y experiencia también promueve la identidad positiva. Los padres adoptivos de niños de otra raza o etnicidad podrían necesitar conseguir ayuda externa a la familia para ayudar a sus hijos a desarrollar una identidad racial o étnica positiva.

Puede que el mejor método para manejar el prejuicio sea hablar acerca de la discriminación de manera franca con los adolescentes. En la medida en que los padres, las madres y los adultos interesados hablan sobre la discriminación de manera directa, la gente joven utiliza formas más eficaces para manejar los incidentes de prejuicio racial o étnico, tales como buscar apoyo externo y resolver los problemas directamente. Los adolescentes de grupos minoritarios tienen más probabilidad de utilizar estrategias ineficaces —como, por ejemplo, involucrarse en intercambios verbales con la persona agresora— cuando sus padres no hablan con ellos acerca de la discriminación de forma abierta.

Los padres reportan tener dificultad para encontrar el equilibrio al preparar a sus hijos para enfrentar la discriminación; por un lado, quieren que sus hijos aprendan a protegerse y, por el otro, que no desarrollen desconfianza hacia las personas de otras razas en general. A los padres inmigrantes —quienes no experimentaron la vida

en Estados Unidos como adolescentes—, se les puede hacer especialmente difícil ayudar a sus hijos a manejar la discriminación.

Examinar la intimidad: ¿Soy una persona amorosa y digna de amor?

Igual que con el resto de las personas, los adolescentes necesitan saberse amados por sus padres y otras personas adultas. También necesitan que se les reafirme que son capaces de dar y recibir afecto en el contexto de amistades íntimas.

Muchas personas, incluidos los adolescentes, equiparan la intimidad con el sexo. La intimidad y el sexo no son la misma cosa. La intimidad se refiere a tener relaciones cercanas, dentro de las cuales las personas actúan con apertura, sinceridad, interés y compasión, y confianza. La intimidad es algo que suele aprenderse inicialmente junto al padre y la madre, y dentro de relaciones con amigos del mismo sexo, y ese conocimiento se aplica más adelante a las relaciones románticas. A la gente joven que se cría en familias en las cuales no hay cercanía o en que las relaciones interpersonales están distorsionadas, se les puede hacer bastante difícil aprender a sentirse cómodos haciendo dos de las expresiones fundamentales de la intimidad: revelarse a otros o autor-revelación, y la autoexpresión.



Las amistades constituyen los escenarios primarios en los que los jóvenes practican las destrezas de intimidad necesarias para iniciar, mantener y terminar relaciones. Dentro de las amistades, los adolescentes aprenden lo que significa ser digno de confianza, considerado con los iguales, honesto, empático y compasivo, y aprenden a evitar las maneras de comportarse que causan que sus amigos se sientan avergonzados o excluidos. A medida que un adolescente “pone a prueba” identidades nuevas, los amigos responden dando información valiosa.

Durante la adolescencia, los padres a menudo sienten una pérdida de intimidad con sus hijos e hijas. A lo largo de los años de la adolescencia, la intimidad con las amistades y las parejas románticas aumenta y, al fin y al cabo, supera la intimidad con los padres. Los cuidadores adultos no deben interpretar esta transición natural deduciendo que ya no son centrales en la vida del adolescente. Al contrario, el apoyo y la guía emocionales de los adultos siguen siendo críticos durante la adolescencia.

Examinar la identidad sexual: ¿Quién soy sexualmente?

En los años de la adolescencia es cuando, por primera vez, la gente joven experimenta sentimientos sexuales y tiene suficiente madurez cognitiva para pensar en su sexualidad. Por lo tanto,

la adolescencia es el periodo ideal para desarrollar una identidad sexual, cuya formación en realidad comienza antes, en la niñez.

Todos los seres humanos son seres sexuales y desarrollan una identidad sexual. La identidad sexual consiste en cómo uno se identifica en términos de género y orientación sexual. La identidad de género (masculina/femenina) de una persona puede ser distinta de su sexo biológico (hombre/mujer). La orientación sexual (heterosexual/ bisexual/ lesbiana/ gay) se basa en la consciencia de estar atraído por personas del mismo sexo o el opuesto. La identidad sexual no se trata solamente de cuáles de estas categorías una persona joven puede reconocer como las más adecuadas para describirse a sí misma, sino también sobre cómo él o ella se identifica como integrante de un grupo social. Entre los seres humanos, hay una diversidad considerable de combinaciones de identidad sexual y orientación sexual.

Como en todas las otras áreas del desarrollo humano, el proceso de formar una identidad sexual puede ser disparejo, fuera de armonía y, por lo tanto, confuso. La manera en que se educa acerca de la sexualidad a los adolescentes y la manera en que se les expone a la sexualidad influyen cómo se sienten sobre su propia sexualidad. Los adultos pueden ayudar proveyendo contestaciones íntegras y correctas a los

jóvenes acerca del sexo y la identidad sexual. Los adultos también deben asegurarse de no describir los pensamientos y comportamientos sexuales que van surgiendo como perversos o “inmorales”. Puede que un adolescente considere una gama amplia de orientaciones o comportamientos sexuales antes de establecer la identidad sexual que le definirá y que se siente cómodo expresando.

La experimentación y la dramatización son maneras comunes en que los adolescentes asumen identidades sexuales diferentes, para explorar cuál funciona. Las amistades románticas, las salidas en pareja y la experimentación (incluida la experimentación con personas del mismo sexo) son algunas de las maneras en que la persona adolescente determina su identidad sexual y aprende a expresar y recibir avances sexuales de formas que estén en armonía con sus valores. El periodo de la adolescencia media a la tardía es cuando los adolescentes comienzan a sentirse más cómodos con sus cuerpos cambiantes y sus sentimientos sexuales.

La variedad de facetas de la formación de la identidad

Durante la adolescencia, los jóvenes batallan con cómo las personas los ven en el mundo y cómo encajan en él. La formación de la identidad es un proceso repetitivo, lo cual significa que los adolescentes prueban una y otra vez diferentes respuestas a la pregunta de “¿Quién soy?”. En algunos momentos del proceso, se sienten confiados de su decisión, y en otros momentos, inseguros.

En el proceso de formación de la identidad, puede que los adolescentes cuestionen sus pasiones, valores y creencias religiosas, y que examinen sus relaciones con integrantes de su familia, amigos, intereses románticos y personas adultas. Puede que piensen sobre sus talentos y destrezas inherentes, y que formen una definición personal del éxito en la escuela, el trabajo y la sociedad en general.



La Salud Mental

El proceso de manejar las emociones

Las emociones pueden ser incómodas para cualquier persona, pero esto es particularmente cierto para los adolescentes, dado que están todavía aprendiendo a identificar y manejar sus reacciones emocionales. Es común durante los años de la adolescencia experimentar los extremos de las emociones y puede que se refleje en cambios repentinos de humor, arranques emocionales, tristeza o comportamientos dirigidos a distraer la atención de sentimientos incómodos (comportamientos tales como dormir o escuchar música a alto volumen).

Los adolescentes, como todas las personas, viven algunos periodos de más desafío que otros. No obstante, para algunos adolescentes, los sentimientos de ansiedad, tristeza, rabia o estrés pueden perdurar y tornarse tan severos que interfieren con su capacidad para funcionar. Se estima que en algún momento antes de los 20 años de edad, uno de cada 10 jóvenes experimenta un trastorno emocional que interrumpe su capacidad para funcionar en el hogar, la escuela o la comunidad. La buena noticia es que existen tratamientos para la mayoría de los trastornos emocionales.

Señales de que existe un trastorno emocional

Lo que se considera como comportamiento normal y saludable depende en cierta medida de la cultura. Los trastornos que se consideran graves en una cultura puede que no surjan en otra cultura. Esto también sucede entre

una generación y otra. Un ejemplo contemporáneo es la autolesión (entre sus manifestaciones, “cortarse”), —un trastorno que es incomprensible para muchos adultos que conocen otros trastornos emocionales, tales como la depresión o el abuso de sustancias—.

Una señal de peligro que se debe vigilar es si las emociones y los comportamientos del adolescente están afectando negativamente su capacidad

de funcionamiento en la escuela, el hogar o sus relaciones interpersonales. La familia y los amigos suelen ser las primeras personas que lo notan.

El trastorno emocional no sigue ningún patrón específico. Algunas personas sufren un solo episodio prolongado durante los años de su adolescencia y, en la adultez, disfrutan de una buena salud mental. Otras personas experimentan los trastornos emociona-

SEÑALES DE DEPRESIÓN

- Tristeza, llanto y aflicción frecuentes
- Interés reducido en actividades o incapacidad para disfrutar actividades que antes consideraba preferidas
- Desesperanza
- Aburrimiento persistente, falta de energía
- Aislamiento social, poca comunicación
- Sensibilidad extrema al rechazo o el fracaso
- Aumento de irritabilidad, rabia u hostilidad
- Dificultad con las relaciones interpersonales
- Quejas frecuentes de enfermedad física, tales como dolores de cabeza y estómago
- Ausencias frecuentes de la escuela o desempeño deficiente en la escuela
- Concentración deficiente
- Sensación de estar abrumado activada frecuente o fácilmente
- Un cambio significativo en los patrones de alimentación y/o de descanso
- Hablar de irse del hogar o intentos de hacerlo
- Pensamientos o manifestaciones de comportamiento autodestructivo o suicida

REFERENCIA: *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. (2008). The depressed child. Facts for Families. Obtenido de www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/the_depressed_child.

SUICIDIO

Si una persona joven dice que se quiere matar, siempre tome en serio la declaración y busque ayuda de inmediato. Si usted piensa que una persona está al borde del suicidio, no la deje sola.

La tasa de suicidio aumenta durante los años de la adolescencia y alcanza su nivel máximo en la adultez temprana (de los 20 a 24 años de edad). Surge un segundo nivel máximo después de los 65 años de edad, y es en estas edades mayores cuando las personas están en mayor riesgo. Es casi imposible predecir quién podría intentar suicidarse, pero se han identificado algunos factores de riesgo. Los mismos incluyen la depresión y otros trastornos mentales,

el historial familiar de suicidio, la violencia familiar y la exposición a la conducta suicida de otras personas, incluidas personalidades de los medios de comunicación. La oportunidad también desempeña un papel. Tener disponible un arma de fuego en el hogar aumenta el riesgo.

La Asociación Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente recomienda preguntarle a la joven o el joven si está deprimido o contemplando el suicidio. Explica que, “Esta pregunta, en lugar de poner pensamientos en la mente del niño o la niña, le ofrecerá la seguridad al joven de que alguien está interesado y le proveerá la oportunidad de hablar de sus problemas”.

REFERENCIAS: *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. (2008). Teen suicide. Facts for Families. Revisado el 4 de Junio de 2009 en www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/teen_suicide.

National Institute of Mental Health. (2009). Suicide in the U.S.: Statistics and prevention. Revisado el 4 de Junio de 2009 en www.nimh.nih.gov/health/publications/suicide-in-the-us-statistics-and-prevention/index.shtml.



de manera episódica, con periodos de padecimiento recurrentes en sus años de adolescencia y en la adultez. Sólo un porcentaje pequeño de adolescentes que experimenta un episodio de trastorno emocional padecerá un trastorno que dure toda la vida y limite su funcionamiento en la adultez.

Los trastornos mentales más comunes en la adolescencia son la depresión, caracterizada por periodos largos de desesperanza y tristeza; los trastornos de ansiedad, que incluyen sentimientos profundos de ansiedad y miedo; y el abuso de alcohol y otras drogas, incluido el consumo de drogas farmacéuticas, tales como Vicodín o Ritalín, sin propósitos médicos. Las causas subyacentes de los trastornos emocionales varían y no siempre se pueden identificar. Inciden muchos factores, incluidos la predisposición

genética, las condiciones ambientales (tales como la exposición al plomo o vivir en un hogar caótico) y el trauma, como, por ejemplo, ser objeto de abuso o ser testigo de un homicidio.

El estrés prolongado hace a los adolescentes más vulnerables a los trastornos emocionales. Una reacción normal que ayuda a enfrentar una experiencia difícil puede perjudicar el bienestar de una persona si se sostiene por demasiado tiempo. Por ejemplo, si un adolescente es objeto de burla en la escuela, es normal que se sienta humillado y ansioso (aunque no sea deseable), y que trate de evadir el dolor ausentándose de la escuela, jugando videojuegos o hasta experimentando con el consumo de sustancias. Las estrategias de manejo se pueden tornar dañinas si se desarrollan síntomas

crónicos de ansiedad y depresión, o si se tornan en conductas compulsivas o habituales tales como comer de más, la autolesión (“cortarse”), o el consumo de alcohol u otras drogas —que el adolescente incorpora inicialmente para distraerse de emociones incómodas—.

Conseguir ayuda

Existen tratamientos para la mayoría de los trastornos de salud mental. El tratamiento a menudo incluye múltiples enfoques y con frecuencia funciona mejor así. Los enfoques pueden incluir terapia cognitivo-conductual, terapia familiar, medicamentos y educación de apoyo para padres y otros adultos compasivos e interesados en aprender cómo brindar estabilidad y esperanza mientras la familia descifra cómo enfrentar el episodio de trastorno emocional.

No obstante, los padres de adolescentes con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a menudo han vivido años de frustración y exasperación mientras han tratado de establecer límites y disciplina a niños y niñas que parecen sistemáticamente incapaces o reacios a escuchar. Debido a que todos los adolescentes se esfuerzan naturalmente en asumir más responsabilidad e independencia, la frustración de criar un adolescente con TDAH podría intensificarse durante este período de desarrollo.

También, puede darse un ciclo de interacción negativa, estrés y fracaso en el salón de clases entre los maestros y el adolescente con TDAH. El adolescente que interrumpe, y es inquieto e impulsivo puede ser objeto de atención

negativa de parte del maestro, quien puede catalogarle de problemático. Los escenarios académicos con múltiples periodos de clase, grupos grandes de estudiantes, maestros con estilos de enseñanza diferentes e itinerarios complejos representan problemas adicionales para el adolescente con TDAH.

La ayuda profesional, en especial aquella que sea económica y fácil de obtener, puede ser difícil de encontrar, dado que existe una escasez de proveedores de servicios de salud mental capacitados y expertos en población adolescente. En el recuadro de esta sección aparecen las referencias de algunos recursos que tanto adultos como adolescentes interesados pueden consultar para encontrar ayuda.

El poder de la prevención

Es importante intervenir temprano y enseñar destrezas positivas de manejo de estrés, así como abordar las situaciones ambientales que tengan potencial de desatar trastornos emocionales.

Los apoyos que nutren la buena salud mental son exactamente los mismos que promueven el desarrollo saludable en general. Para los jóvenes son valiosas las oportunidades para: practicar, identificar y nombrar las emociones; descifrar mecanismos de manejo que les ayuden a disipar la energía de las emociones negativas; y tener la experiencia repetida y alentadora de ser escuchados, comprendidos, respetados y aceptados.



RECURSOS

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Facts for Families

(academia americana de psiquiatría infantil y adolescente: información para las familias) Una serie extensa de resúmenes de una variedad amplia de comportamientos y problemas que afectan a las familias.

Disponible en español : https://www.aacap.org/aacap/Families_and_Youth/Facts_for_Families/Facts_for_Families_Spanish.aspx

Organización Mundial de la Salud

Contiene información de recursos sobre la salud mental en las escuelas, incluidos asuntos sistémicos, programáticos y psicosociales/mentales. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>

Child Mind Institute

(instituto mente del niño) Contiene información sobre temas de salud mental para niños, adolescentes y familias. Información en español <http://www.childmind.org/en/espanol/>

REFERENCIA: Whitlock, J., and Schantz, K. (2009). Mental illness and mental health in adolescence. *Research Facts and Findings*. ACT for Youth Center of Excellence. Revisado el 3 de Junio de 2009 en http://www.actforyouth.net/documents/MentalHealth_Dec08.pdf



Comprender el desarrollo sexual

“Si alguien quiere aceptar las consecuencias de tener sexo, esa es su decisión.”

Niña, 15

El desarrollo sexual es una parte esperada y natural de crecer y acercarse a la adultez. La mayoría de las personas ha considerado o experimentado algún tipo de actividad sexual para cuando termina su adolescencia.

Las investigaciones sobre la sexualidad del adolescente se concentran en dos áreas: comprender el desarrollo sexual saludable e investigar los riesgos asociados a la actividad sexual precoz o sin protección.

El desarrollo sexual saludable abarca más que el comportamiento sexual. Se trata de la combinación de la maduración sexual física —conocida como

la pubertad—, los comportamientos sexuales apropiados para la edad y la formación de una identidad sexual positiva y un sentido de bienestar sexual. En este periodo, el adolescente se esfuerza por lograr sentirse cómodo con su cuerpo en transformación y por tomar decisiones saludables y seguras acerca de en cuáles actividades sexuales, si alguna, le interesa participar.

Las manifestaciones de la conducta sexual difieren entre los jóvenes, y participar o no en actividades sexuales depende del nivel de preparación individual, las normas familiares, la exposición al abuso sexual (si alguno), la presión de grupo, los valores sexuales,

las reglas morales interiorizadas y las oportunidades que se tengan.

Las motivaciones para participar en actividades sexuales podrían incluir los impulsos biológicos y hormonales, y un deseo de aceptación social. En la actualidad existe una presión adicional, en especial para la adolescente, de verse sexy en todos los contextos de su vida: en la escuela, durante el tiempo de ocio, en el trabajo, con los amigos, en la comunidad e incluso mientras participa en deportes o hace ejercicios.

Las decisiones de participar o de limitar las actividades sexuales, de maneras que sean acordes con los principios personales y que protejan la salud reflejan el nivel de madurez y autoaceptación de un adolescente.

Una sexualidad saludable para todos

Las investigaciones muestran que brindar información correcta y objetiva a los adolescentes fomenta su desarrollo sexual saludable.

Todas las personas jóvenes necesitan aprender a sentirse cómodas con su propia sexualidad. Esta tarea puede ser un desafío de particular dificultad para los adolescentes que se identifican como gays, lesbianas, bisexuales o transgénero. Estos jóvenes sienten a menudo que viven a un mundo de distancia de sus iguales, familiares e integrantes de la comunidad heterosexual, y necesitan más que nunca el apoyo de las personas adultas. A los padres y otros adultos se les puede hacer difícil proveer información y consejo directo a jóvenes cuyas orientaciones o prácticas sexuales sean diferentes de aquellas de la mayoría en la sociedad

SOBRE EL CEREBRO



La cultura popular ha supuesto a menudo que las “hormonas en descontrol” son las responsables de los comportamientos arriesgados de la adolescencia, incluido el sexo sin protección. Sin embargo, las investigaciones evidencian que son mínimos los efectos directos de las hormonas de la pubertad (los andrógenos y los estrógenos) sobre el comportamiento de los adolescentes. En su lugar, la conducta de riesgo de los adolescentes parece que se debe a una mezcla de las influencias de los genes, las hormonas, los cambios en el cerebro y el entorno sociocultural. Las hormonas interactúan con los cambios que están ocurriendo en el cerebro y el mundo social del adolescente, y afectan su comportamiento. De hecho, se ha mostrado que las experiencias psicológicas y sociales tienen impacto sobre el desarrollo del cerebro y los niveles hormonales, al igual que el desarrollo del cerebro y los niveles hormonales tienen impacto en las experiencias psicológicas y sociales.

REFERENCIAS: Spear, L.P. (2008). The Psychobiology of Adolescence. In K.K. Kline (Ed.), *Authoritative Communities: The Scientific Case for Nurturing the Whole Child* (263–279). The Search Institute Series on Developmentally Attentive Community and Society (Vol. 5)

circundante.

Para los adultos puede ser útil recordar que el desarrollo sexual y de otros aspectos podría ser diferente para los adolescentes de minorías sexuales. Independientemente de por qué un

joven se identifica como gay, lesbiana o bisexual, lo indispensable es que reciba amor y se le cuide durante este periodo de exploración de su identidad sexual. Quizás debido al estigma que enfrentan, los jóvenes de minorías sexuales están en mayor riesgo que los jóvenes heterosexuales de su grupo de edad, de abusar del consumo de sustancias, comenzar más temprano a tener relaciones sexuales, tener embarazos no deseados, contraer el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), sufrir violencia física y/o verbal, y de suicidarse.

Por su parte, los padres y los cuidadores de adolescentes con alguna discapacidad pueden no saber cómo responder al proceso de maduración sexual de su hijo o hija y a los cambios que conlleva la pubertad. Las personas jóvenes que viven con discapacidades físicas, mentales o emocionales experimentarán el desarrollo sexual y deben enfrentar cambios por la pubertad similares a los que afectan a todos los

“Creo que es mejor tener sexo mientras eres joven.”

Niño, 15

demás seres humanos; y tomar decisiones por la pubertad similar a como lo tienen que hacer las demás personas. Este hecho podría ser incómodo para algunas personas, quienes quizás encuentran más fácil ver a las personas con discapacidades como “niños



A mayor exposición a contenidos de carácter sexual en los medios de comunicación, más temprano el inicio de la actividad sexual

En un estudio longitudinal del 2004 financiado por los Institutos Nacionales de la Salud, los jóvenes en la adolescencia temprana que habían estado expuestos a más material sexual en la forma de películas, música, televisión y revistas, tenían el doble de la probabilidad de haber comenzado a tener relaciones sexuales para los 16 años, en comparación con aquellos cuya exposición mediática había sido menos prolongada.

REFERENCIA: *The Media as Powerful Teen Sex Educators*, Jane D. Brown, University of North Carolina, March 2007



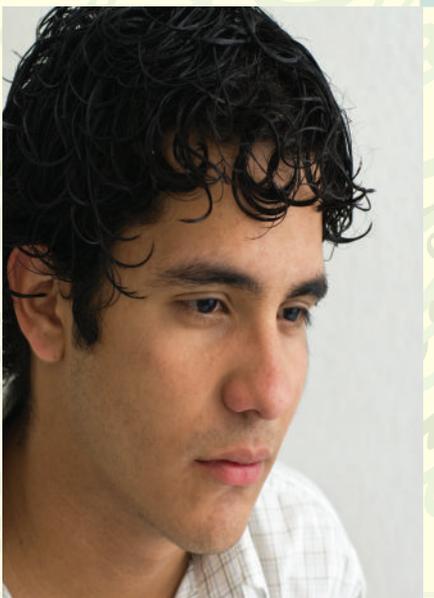
¿Seré popular
por tener
sexo?



¿Cómo manejo
la
presión
social hacia
tener sexo?

**LO QUE
LOS
ADOLESCENTES
PODRÍAN
PREGUNTAR**

¿Cómo sé que
estoy
listo (a)
para tener
sexo?



¿Cómo sabré si
estoy
**enamorado
(a)?**





La identidad sexual frente a la identidad de género

La **IDENTIDAD SEXUAL** de una persona se deriva de su atracción emocional y sexual hacia otras personas según el género de las últimas. Las personas pueden definir su identidad sexual como heterosexual, homosexual, gay, lesbiana o bisexual. La **IDENTIDAD DE GÉNERO** describe el sentido profundo interno que tiene una persona de ser varón, mujer, otro, o un punto intermedio. Cada persona tiene una identidad de género.

La identidad sexual se desarrolla a lo largo del trayecto de vida de una persona —una persona podría reconocerse en diferentes momentos de su vida como heterosexual, gay, lesbiana o bisexual—. La adolescencia es un periodo en el que una persona podría todavía sentirse insegura de su identidad sexual. El comportamiento sexual no es necesariamente sinónimo de la identidad sexual. Muchas y muchos adolescentes —así como muchos adultos— se pueden identificar como homosexual o bisexual sin haber tenido experiencia sexual alguna. Otras personas pueden haber tenido experiencias sexuales con una persona del mismo sexo y no considerarse gay, lesbiana o bisexual. Este hecho es de particular relevancia durante la adolescencia, por ser una etapa de desarrollo que se caracteriza por la experimentación.

eternos”. En realidad, puede que los jóvenes con discapacidades necesiten más orientación de parte de las personas adultas que los rodean, no menos, dado que puede que, con frecuencia, se sientan aislados y bastante diferentes a los jóvenes de su misma edad.

Puede que los adolescentes con discapacidades tengan algunas necesidades únicas relacionadas a la educación sexual. Por ejemplo, es posible que los niños con discapacidades de desarrollo aprendan a un ritmo más lento que el de los jóvenes de su misma edad sin discapacidad. No obstante, su maduración física suele ocurrir al mismo ritmo que la de los demás. Como consecuencia de la combinación de la maduración física normal y el desarrollo cognitivo y emocional más lento, puede que necesiten información sobre salud sexual que les ayude a desarrollar destrezas de lenguaje y comportamiento apropiado en público.

El desarrollo sexual a lo largo de los años de la adolescencia

La experiencia de la adolescencia es una mezcla dinámica de cambios físicos y cognoscitivos unidos a expectativas sociales —todo lo cual tiene un im-

pacto sobre el desarrollo sexual—. Los nuevos niveles hormonales estimulan el interés físico en asuntos sexuales, y las relaciones con los iguales cambian a interacciones que se acercan más al “estilo adulto”. Esta sección presenta a grandes rasgos las etapas del desarrollo sexual.

La preadolescencia (6 a 10 años de edad)

El desarrollo sexual comienza mucho tiempo antes de la adolescencia. Los cambios hormonales —un aumento de los andrógenos, el estradiol, la tirotrópina y el cortisol en las glándulas suprarrenales— comienzan a surgir entre las edades de 6 y 8 años.

Las señales visibles de la pubertad comienzan a verse entre los 9 y 12 años en la mayoría de los niños. A las niñas, puede que les crezcan los botones mamarios y el vello púbico y en las axilas tan temprano como a los 8 ó 9 años. En los varones, el crecimiento del pene y los testículos suele comenzar entre las edades de 10 y 11 años, pero puede empezar a los 9 años.

Antes de los 10 años, los niños no suelen estar activos sexualmente ni concentrados en pensamientos sexuales, pero tienen curiosidad y puede que

comiencen a recoger información y mitos sobre el sexo a través de amigos, compañeros de escuela e integrantes de la familia. Parte de la interacción con sus iguales puede que incluya chistes y conversaciones sobre el sexo.

A esta edad, los niños y las niñas se tornan más conscientes de sus sentimientos sexuales emergentes y sus cuerpos, y tímidos respecto a esto, y a menudo muestran resistencia hacia quitarse la ropa frente a otros, incluso un padre o madre del mismo género. Los niños y las niñas tienen la tendencia a jugar con amigos del mismo género y puede que exploren la sexualidad con ellos, quizás tocándose mutuamente. Esto no se relaciona necesariamente con la identidad sexual de un niño y tiene que ver más con curiosidad que con preferencia sexual.

La adolescencia temprana (de 11 a 13 años de edad)

El trayecto a la adolescencia suele comenzar con la menarquía (primera menstruación) en las niñas y con la espermaquia (primera eyaculación) en los niños, que suelen ocurrir para ambos sexos, en promedio, alrededor de los 12 ó 13 años. Para las niñas, la

La media de edad para el primer matrimonio en el 2014



Varones: 29
Mujeres: 27

REFERENCIA: U.S. Census Bureau, Decennial Censuses, 1890 to 1940, and Current Population Survey, Annual Social and Economic Supplements, 1947 to 2014. <https://www.census.gov/hhes/families/files/graphics/MS-2.pdf>
Social and Economic Supplements, 1947 to 2014.

Estudiantes de escuela superior (preparatoria) que han tenido relaciones sexuales

	1991	1995	2007	2013
Varones	57%	54%	50%	50%
Mujeres	51%	52%	46%	46%

REFERENCIA: Centers for Disease Control and Prevention (2013). *Youth risk behavior surveillance—United States 2013*. Obtenido el 10 de Agosto del 2015 <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6304.pdf>

% que ha tenido relaciones sexuales en algún momento, por grado escolar, 2013

	9 ^{no} grado	10 ^{mo} grado	11 ^{vo} grado	12 ^{mo} grado
Varones	32.0%	41.1%	54.3%	65.4%
Mujeres	28.1%	41.7%	53.9%	62.8%

REFERENCIA: Centers for Disease Control and Prevention (2013). *Youth risk behavior surveillance—United States, 2013*. Obtenido el 10 de Agosto de 2015 de <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6304.pdf>

menstruación empieza aproximadamente dos años después de que salen los botones mamarios —la primera señal visible de la pubertad— aunque puede ocurrir en cualquier momento entre los 9 y 16 años.

Los cambios hormonales que generan las glándulas suprarrenales y los testículos en los niños, y las glándulas suprarrenales y los ovarios en las niñas, afectan el desarrollo del cerebro. El impacto de las hormonas en la química del cerebro produce en los varones un agrandamiento de la amígdala (la parte del cerebro que rige las emociones y los instintos) y en las niñas el agrandamiento del área hipocámpal (la sección del cerebro que maneja la memoria y el movimiento en el espacio). Las suprarrenales también pueden bombear un poco de testosterona en las niñas y de estrógeno en los niños, de manera que 80% de los niños experimentan un desarrollo temporal de las mamas durante la adolescencia temprana.

A medida que continúa la maduración física, puede que los jóvenes en su adolescencia temprana se tornen algunas veces fascinados con sus cuerpos en transición, y otras veces avergonzados por estos, y con frecuen-

cia, comparan su desarrollo con el que observan en sus iguales. Los episodios de fantasías sexuales y masturbación aumentan entre los 10 y 13 años. En cuanto a la interacción social, mucha tiende a ser de naturaleza no sexual —mensajes de texto, llamadas telefónicas, correos electrónicos— pero para los 12 ó 13 años, puede que algunos jóvenes ya hayan formado parejas, y comiencen a salir y experimentar con besarse,

tocarse y tener otros tipos de contacto físico, tales como el sexo oral.

La vasta mayoría de los jóvenes adolescentes no está preparada en términos emocionales o físicos para el sexo oral o las penetraciones sexuales. Los adolescentes que en efecto tienen sexo están muy vulnerables al abuso sexual y emocional, a contraer alguna ITS en general y el VIH en particular, así como al embarazo prematuro.

Masturbación

La masturbación es la autoestimulación sexual, y se suele lograr tocando, acariciando o masajeando los genitales femeninos o masculinos hasta que ello desata un orgasmo. La masturbación es muy común —se sabe incluso de niñas y niños pequeños que participan de este comportamiento—. A medida que el cuerpo de un(a) niño(a) madura, comienzan a desarrollarse sentimientos sexuales potentes, y la masturbación ayuda a liberar esta tensión sexual. Para los adolescentes, la masturbación es una manera común de explorar su potencial erótico, y esta conducta puede continuar a lo largo de la vida adulta.



Las fantasías sexuales



Las fantasías sexuales suelen asociarse a la masturbación, pero pueden ocurrir de manera independiente. Tener fantasías sexuales y soñar despierto sobre asuntos sexuales es común. La mayoría de la gente lo hace —no sólo los adolescentes—, y no sólo los varones.

Las fantasías a menudo difieren entre los sexos. La agresión y dominación sexual son temas recurrentes en las fantasías de los varones jóvenes, y las fantasías de los varones suelen contener comportamientos sexuales muy específicos y gráficos, con muy poco involucramiento emocional. Para la adolescente, las fantasías sexuales a menudo suponen relacionarse con otras personas, y es más probable que incluyan actividades sexuales que ya conoce. También suelen ser sobre alguien que conoce —un novio, famosos del campo de la música o la televisión, amigos o amigas, y amistades casuales—.

Lo que es importante decirles a las y los adolescentes sobre las fantasías sexuales es que los pensamientos en sí no son enfermizos, raros o malos. Son sólo eso: Pensamientos. Hacer que una persona adolescente sienta culpabilidad o vergüenza, o sugerir que sus sueños revelan problemas psicológicos puede conducir a que se sienta en conflicto con su sexualidad. También puede hacerle más vulnerable a obsesionarse con una fantasía sexual en particular.

La adolescencia media (de 14 a 16 años de edad)

El nivel de testosterona en los varones aumenta entre las edades de 14 y 16 años, lo cual hace expandir su masa muscular e inicia un brote de crecimiento. El nivel de testosterona en los niños suele ser ocho veces mayor que en las niñas, y esta hormona es el factor que mejor pronostica el nivel de impulso sexual, la frecuencia de pensamientos sexuales y la conducta sexual. Los jóvenes en la adolescencia media

manifiestan un aumento de interés en las relaciones románticas y sexuales. La conducta sexual durante este periodo tiende a ser de exploración, con un fuerte interés erótico. La actividad sexual a esta edad varía mucho entre los jóvenes e incluye la decisión de no tener sexo.

A estas edades, ambos géneros experimentan un nivel alto de energía sexual, aunque puede que los varones tengan un impulso sexual más fuerte debido a que sus niveles de testosterona son más altos. El impulso sexual,

“Oigo a mis amigos hablar sobre sus vidas sexuales, pero en realidad no me importa, porque yo no estoy teniendo sexo, así que recibir información sobre el sexo no es importante para mí.”

Niña, 14

conocido como la libido, se refiere al deseo sexual o al interés en tener sexo con otra persona.

En el nivel abstracto, los adolescentes de 14 a 16 años comprenden las consecuencias de tener sexo sin protección y de la paternidad o maternidad en la adolescencia, si se les enseña correctamente, pero en el nivel cognoscitivo puede que carezcan de las destrezas para integrar este conocimiento a su cotidianidad o para actuar de manera responsable en medio de la situación.

Antes de los 17 años de edad, muchos adolescentes han experimentado las relaciones sexuales con penetración de manera voluntaria. Los adolescentes que tienen relaciones sexuales a temprana edad reportan una fuerte presión de grupo como la principal motivación de su decisión. Mientras, algunos adolescentes sólo sienten curiosidad sobre el sexo y quieren experimentarlo.

No importa la motivación, muchos adolescentes dicen que se arrepienten de haber tenido sexo tan temprano como lo hicieron, incluso cuando se realizó en consenso. Una investigación del 2007 publicada en la revista científica *Pediatrics* indica que hasta la mitad de la población adolescente con experiencia sexual dijo sentirse “utilizado(a)”, culpable o arrepentido(a) después de haber tenido sexo. Los resultados indican que las niñas tenían el doble de la probabilidad de los niños de “sentirse mal consigo misma” después de haber tenido sexo, y



Qué funciona a qué edad

LA ADOLESCENCIA TEMPRANA (EIDADES DE 11 A 14)

El pensamiento de los adolescentes más jóvenes tiende a ser concreto y a corto plazo, y a menudo no consideran las consecuencias a largo plazo cuando toman decisiones. Éste es un buen periodo para hablar sobre retrasar la actividad sexual, y un mal periodo para hacer hincapié sobre los beneficios y las consecuencias a largo plazo.

LA ADOLESCENCIA MEDIA (EIDADES DE 15 A 17)

La atracción al riesgo llega a su punto máximo durante estos años, y los adolescentes de estas edades cuestionan los límites y la autoridad. Las campañas de miedo no funcionan a esta edad. En su lugar, enfatice la influencia de los iguales. Durante estos años, funciona mejor hablar acerca de cómo manejar la presión de los compañeros y los cambios de círculos sociales (de que le asocien a él o ella con ciertos grupitos o grupos (bandas), y de cómo el pasar tiempo con adolescentes de mayor edad o menor edad afecta la conducta sexual y la tendencia hacia tomarse riesgos).

LA ADOLESCENCIA TARDÍA (EIDADES DE 17 Y MÁS AÑOS)

Los adolescentes mayores están comenzando a exponerse a escenarios sociales nuevos, tales como el trabajo y la universidad, de manera que puede ser útil hablar sobre la conducta sexual en el contexto más amplio de las relaciones interpersonales. Por ejemplo, la persona adulta podría hablar acerca de cómo el comportamiento sexual ayuda a darle forma a una identidad sexual o define a una persona joven, en el sentido de cómo se puede ver a sí misma o cómo la pueden visualizar dentro de una relación íntima, en su comunidad o en diferentes grupos de iguales.

el triple de la probabilidad de los niños de sentirse “utilizada”.

La adolescencia tardía (de 17 a 19 años)

Para cuando un adolescente tiene 17 años, la maduración sexual suele haber terminado, aunque no es poco común el desarrollo tardío. Puede que el comportamiento sexual durante este periodo sea más expresivo, dado que el desarrollo cognoscitivo en los adolescentes de mayor edad ha progresado hasta el nivel en que tienen un mayor control de sus impulsos y son capaces de tener relaciones íntimas y recíprocas.

Las relaciones íntimas suelen involucrar más que el interés sexual. En términos emocionales, enamorarse es poderoso y absorbente, e implica la activación de una porción mayor del cerebro adolescente.

Investigadores de la University College London produjeron imágenes digitalizadas de los cerebros de jóvenes enamorados mientras estaban pensando en su novio o novia, y descubrieron que cuatro áreas separadas del

cerebro se tornaron muy activas. Ello afirma la noción de que enamorarse es una emoción que lo abarca todo y que involucra casi todas las partes de la mente y el cuerpo.

Las relaciones románticas versus las sexuales

La libido es algo separado del interés romántico; este último puede o no tener una naturaleza sexual. El interés romántico suele enfatizar las emociones —el amor, la intimidad, la compasión, la apreciación— en lugar de la búsqueda del placer físico, que es lo

que motiva la libido.

Puede que veamos el romance como una tendencia femenina, pero los estudios recientes indican que los niños adolescentes son tan románticos como las niñas —un hallazgo que contradice el estereotipo de los varones adolescentes como buscadores de sexo solamente—. Peggy Giordano, una profesora de sociología de la Bowling Green University que realizó entrevistas a una muestra seleccionada al azar de 1,316 niños y niñas de 7mo, 9no y 11vo grados, encontró que los niños tenían por lo menos la misma



Conversar con los adolescentes sobre el sexo y las relaciones sexuales



Hablar del sexo puede ser incómodo tanto para los padres como para los adolescentes. Los adolescentes no quieren ver a sus padres desde una perspectiva sexual; los padres y las madres a menudo tampoco quieren ver a sus hijos desde esa perspectiva. Dicho esto, los adolescentes aún reportan que sus padres son la influencia más grande sobre su conducta sexual, y las investigaciones confirman esto. Las guías para una conversación exitosa sobre sexo entre padres y adolescentes incluyen lo siguiente:

- Entable discusiones abiertas y honestas con sus hijos e hijas respecto a la identidad sexual, el compromiso emocional, la conducta apropiada durante una cita, y la intimidad emocional y sexual.
- Converse sobre las responsabilidades en torno al compromiso y la intimidad dentro de las relaciones románticas.
- Converse sobre las responsabilidades respecto a evitar el embarazo, las ITS y el VIH.
- Enséñeles a los adolescentes a no explotar a otras personas, ya sea de manera social, emocional o sexual. Esto no se puede enseñar si uno no es también modelo de esta conducta. De forma similar, enséñeles a reconocer las relaciones abusivas y explotadoras.
- Establezca límites adecuados respecto a salir en pareja, tales como a qué edad se permitirán las salidas en pareja, los horarios de regreso a la casa y las edades de las personas con las que su hijo(a) puede salir en pareja.
- Dado que puede que a los adolescentes les dé vergüenza hablar con sus padres sobre el sexo y las relaciones, intente brindar acceso a otras personas adultas de confianza (integrantes de la iglesia, consejeros, familiares, etc.).
- Tenga apertura para escuchar las preguntas y los valores que manifiestan los adolescentes.

REFERENCIA: Beeler, N., Patrick, B., Pedon, S. Normal child sexual development and promoting healthy sexual development. *The Institute for Human Services for the Pennsylvania Child Welfare Training Program 203: Sexuality of Children: Healthy Sexual Behaviors and Behaviors Which Cause Concern*. Handout 3-1. Disponible en: <http://www.pacwcbt.pitt.edu/Curriculum/203%20Sexuality%20of%20Children%20Healthy%20Sexual%20Behaviors%20and/Handouts/HO%203-1.pdf>

“Está bien que una persona tenga sexo cuando esté lista mental, física y emocionalmente. No está bien que alguien menor que yo tenga sexo.”

Niña, 15

inversión emocional en sus relaciones románticas que la de sus parejas.

Tanto los niños como las niñas del estudio estuvieron de acuerdo, no obstante, en que en las relaciones románticas heterosexuales, las niñas tenían el poder de decisión sobre cuándo tener relaciones sexuales.

Las maneras en que los adolescentes protegen su salud sexual

Postergar las relaciones sexuales se asocia a muchos resultados positivos: menos arrepentimiento sobre el momento de la primera experiencia sexual, menos parejas sexuales y una probabilidad menor de terminar involucrado en relaciones sexuales forzadas.

Esperar a tener sexo hasta que uno esté en una relación amorosa y de respeto también protege el bienestar emocional de la persona joven. Los adolescentes de hoy día están postergando el inicio de su actividad sexual, en comparación con los jóvenes de décadas anteriores. La proporción de adolescentes que reportaba haber tenido relaciones sexuales aumentó de manera constante a lo largo de las décadas de 1970 y 1980, causando un aumento abrupto en los embarazos de adolescentes. La tendencia se invirtió en torno a 1991 como resultado de la epidemia del sida, costumbres sexuales en transición y otros factores. En el 2007, casi la mitad (48%) de los estudiantes de escuela superior (o preparatoria) de 15 a 19 años de edad, reportaron a los Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (*CDC, por sus siglas en inglés*) que habían tenido relaciones sexuales. Esto constituía un aumento, aunque menor, en comparación con el 2005, pero la buena noticia es que hoy en día los adolescentes están comenzando a tener sexo a edades mayores que sus iguales de la década de 1990. También reportan tener menos parejas sexuales de las que tenían los estudiantes de escuela superior en el 1991.

Las relaciones sexuales con múltiples parejas no es un fenómeno

generalizado entre los adolescentes. Sólo 15% ha tenido relaciones sexuales con cuatro o más personas en su vida. Los adolescentes con múltiples parejas sexuales tienen mayor probabilidad de contraer una ITS, en comparación con aquellos que sólo tienen una pareja sexual.

Entre los que están activos sexualmente, la mayoría utiliza algún método anticonceptivo. El método anticonceptivo más utilizado es el condón, aunque el uso de éste entre la población adolescente evidenció una leve reducción: mientras que en el 2005, un 63% reportó haber utilizado un condón en su último encuentro sexual, en el 2007 sólo un 61% reportó haberlo utilizado.

Mientras más joven sea un adolescente cuando tiene sexo por primera vez, menos probable es que utilice un condón o cualquier otro método anticonceptivo. Los condones protegen a los adolescentes de infecciones de transmisión sexual y embarazos cuando se utilizan de manera constante y correcta. Otras formas de anticonceptivo para las mujeres, tales como las pastillas anticonceptivas, el parche, la inyección (Depo-Provera) o el anillo vaginal proveen niveles de protección mayores contra los embarazos no deseados, pero no ofrecen protección alguna contra las enfermedades de transmisión sexual



(una tabla excelente en español que compara los métodos anticonceptivos se puede encontrar en <http://www.knowwhatuwant.org/method>). En el mundo ideal, cuando los adolescentes se vuelven activos sexualmente, la pareja masculina utilizaría un condón y la femenina utilizaría un método anticonceptivo hormonal para contar con doble protección. Sin embargo, menos de la mitad de los adolescentes hacen esto en la actualidad. Cuando ya ha ocurrido el sexo sin protección, las adolescentes pueden utilizar la pastilla anticonceptiva de emergencia para prevenir el embarazo, en especial si se obtiene dentro de las 72 horas posteriores a tener sexo. La pastilla de emergencia conocida como Plan B es

una dosis concentrada de la misma hormona que está contenida en las pastillas anticonceptivas y está disponible sin receta para las mujeres de 17 años o más. Para las niñas de menor edad, está disponible con una receta médica.

Los riesgos

Las actividades sexuales a temprana edad y sin protección pueden resultar en embarazos no planeados en la adolescencia y en adquirir alguna infección de transmisión sexual (ITS).

Las investigaciones muestran que, para una adolescente, experimentar dar a luz antes de los 18 años de edad limita tanto su futuro como el del futuro bebé. Las niñas que se convierten en madres a edades tempranas tienen



Mantener la calma con los temas difíciles

• Manténgase tranquilo, ármese de paz

Cuando las personas jóvenes traen a colación el tema del sexo, mantenga la calma y sea razonable, no importa cuál sea la situación. La rabia, la sorpresa y la vergüenza no son respuestas adecuadas, incluso si su adolescente está tratando de provocarlo.

• La actitud lo es todo

Puede que los adolescentes teman que sus pensamientos e impulsos sexuales no sean naturales o que los conviertan en un fenómeno. Asegúreles que los pensamientos sexuales y las expresiones de sexualidad son normales, y que es posible tener sentimientos de este tipo sin responder a ellos o actuar según los mismos.

• Mamá, papá, no sermonee

Frases tales como, “¡Pero sólo tienes 16 años!” no contribuyen a nada. Los adolescentes buscan a alguien que escuche y les brinde información correcta sobre el sexo. No necesitan a alguien que les dé sermones o los haga sentir culpables o avergonzados.



menos probabilidad de terminar la escuela superior (preparatoria) y más probabilidad de tener que enfrentar la pobreza en la adultez, en comparación con los demás adolescentes. La adolescente embarazada a menudo no recibe suficientes servicios de salud prenatal, y tiene una probabilidad mayor de sufrir de alta presión arterial y de preeclampsia (una condición médica peligrosa), que la mujer embarazada en su década de los 20 ó 30 años. Las adolescentes también están en mayor riesgo de sufrir de depresión posparto y de tener bebés con peso bajo al nacer (menos de cinco libras o 2.5 kilogramos). Los bebés con bajo peso al nacer pueden tener muchos problemas de salud, tales como dificultad para respirar, y retrasos en el desarrollo y el crecimiento. Además, los hijos de madres adolescentes pueden sufrir otros problemas de salud y tasas más altas de abuso o negligencia. También tienen más probabilidad de vivir en la pobreza y recibir servicios de salud inadecuados, en comparación con los hijos de madres de 18 años o más de edad.

Por más de una década, las tasas de embarazo y nacimientos de las adolescentes en los Estados Unidos estuvieron por debajo del máximo histórico de 61.8 nacimientos por cada 1,000 en 1991. Esta tendencia de reducción se ha detenido, y la tasa de nacimientos de madres adolescentes tuvo un leve aumento entre 2005 y 2007. Ello se tradujo en alrededor de

20,000 nacimientos adicionales entre las madres adolescentes en el 2006, en comparación con el año anterior. Los nacimientos también han aumentado levemente entre las mujeres de entre 20 y 24 años de edad.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) también son una causa de gran preocupación. El sexo sin el uso del condón pone a las personas jóvenes en riesgo de contraer las ITS. De todos los casos de ITS, la mitad se presenta en la población adolescente. Las estadísticas de los CDC nos dicen que, en Estados Unidos, más de 3 millones de las adolescentes tienen una ITS. Respecto a los adolescentes de entre 14 y 19 años en particular, se realizó un estudio nacional en el 2003, en el que se hicieron pruebas para cuatro infecciones a jóvenes de este grupo de edad: el virus del papiloma humano (VPH), la clamidia, la tricomoniasis y el virus del herpes simple. Mientras que entre las adolescentes en general del estudio, una cuarta parte tenía por lo menos una de estas infecciones, entre las adolescentes africano-americanas casi la mitad estaba infectada.

La ITS más común entre las adolescentes de 14 a 19 años de edad es el VPH, que causa verrugas genitales tanto en las mujeres como en los hombres y que suele no ser una condición de seriedad. No obstante, es importante señalar que algunos tipos de VPH pueden conducir al desarrollo de cáncer cervicouterino más adelante en la vida. Afortunadamente, desde hace poco tiempo hay disponible una vacuna contra el VPH, y las organizaciones nacionales de la salud la recomiendan para las niñas y niños. El CDC recomienda la vacuna conel HPV4 y HPV2 para niñas de 11 y 12 años de edad. Para las mujeres desde los 13 a los 26 años de edad, se recomienda que mantengan al día la inmunización. Las vacunas con HPV4 son recomendadas para los niños de 11 y 12 años, y se recomienda mantener al día la inmunización entre los 13 y 21 años. Los hombres de entre 22 y 26 años también pueden ser vacunados.

La clamidia, otra infección muy común, puede causar enfermedad pélvica inflamatoria e infertilidad. Ésta es una infección bacteriana y se puede tratar con facilidad si se detecta a tiempo. Sin embargo, muchas personas jóvenes con la infección no tienen síntoma alguno y no saben que la tienen. Durante el embarazo, la clamidia y el VIH pueden transmitirse al feto en gestación. La transmisión de estas infecciones al feto puede causar bajo peso al nacer, infección de ojos, pulmonía, infección de la sangre, daño cerebral, falta de coordinación de los movimientos del cuerpo, ceguera, sordera, hepatitis aguda, meningitis, enfermedades del hígado, cirrosis y muerte del feto.

Lo que los adultos pueden hacer

A las personas jóvenes les importa lo que piensen sus padres y otras personas adultas importantes en su vida. Cuando los adolescentes —tanto los hombres como las mujeres— creen que sus padres quieren que posterguen el inicio de su actividad sexual, es más probable que posterguen la primera relación sexual con penetración. Cuando existe una relación cálida con los padres, es aún más probable que los adolescentes se comporten de la manera en que sus padres desean, lo cual significa a menudo postergar las actividades sexuales.

Los padres y los adultos compasivos e interesados pueden fomentar la cercanía con sus adolescentes y aumentar las probabilidades de que eviten la conducta sexual de riesgo al establecer un ambiente donde la persona joven se pueda sentir cómoda y respetada cuando habla y pregunta sobre asuntos sexuales. También son importantes las reglas claras sobre salir en pareja, las horas de regreso a la casa y si la pareja puede estar sola en la habitación del adolescente, pero todo esto se debe negociar de manera que el joven perciba las reglas como justas.

Los padres y aquellos que trabajan con adolescentes necesitan educarse sobre los diferentes factores que afectan

el desarrollo sexual. Los cambios físicos hacen que los adolescentes parezcan estar listos para participar de actividades sexuales para las que en realidad podrían no estar preparados en términos emocionales y cognoscitivos. La comunicación deficiente sobre el sexo, la información limitada o incorrecta, las influencias mediáticas y las actitudes negativas también pueden tener impacto sobre su salud e identidad sexual.

Ser una fuente de información confiable y correcta es una manera esencial en que la persona adulta puede influenciar el comportamiento sexual de la persona joven. Los adolescentes necesitan que se les hable claro sobre cómo rechazar invitaciones a tener sexo si no quieren tenerlo. También necesitan que se les enseñe la manera correcta de usar condones. La participación de las personas adultas en este sentido es ahora más importante que nunca: 47% de los adolescentes dicen que sus padres son la influencia más importante al tomar decisiones en torno al sexo, y los adolescentes más jóvenes consideran a sus padres todavía más importantes. Si los adolescentes no pueden obtener información de sus padres, o de adultos compasivos e interesados, lo que sucede con más frecuencia es que, para responder a sus preguntas sobre la salud sexual, dependen de los amigos y los medios de comunicación, en particular del internet.

Algunas veces, los adultos se preguntan cuánta información es demasiada o perjudicial. Los investigadores no han encontrado evidencia alguna que muestre que hablar sobre métodos anticonceptivos o poner los



anticonceptivos a la disposición de los adolescentes adelante la primera experiencia de tener sexo.

La educación sexual y las influencias sociales

Según la *National Survey of Family Growth* (en español, encuesta nacional sobre el desarrollo familiar), sólo un dos por ciento (2%) de los adolescentes dice estar recibiendo la información esencial sobre los métodos anticonceptivos, la seguridad sexual y otros asuntos. En realidad, las investigaciones sugieren que las personas jóvenes que conocen sobre la sexualidad y la salud sexual y reproductiva tienen una probabilidad menor de participar en actividades sexuales tempranas o sexo sin protección.

Las escuelas no brindan necesariamente suficiente información o la información correcta para educar a los adolescentes respecto a la sexualidad y la salud sexual y reproductiva. Los currículos y programas en educación sexual que giran en torno a la abstinencia se han extendido por las escuelas estadounidenses. Una evaluación reciente de los currículos de educación sexual concentrados en la abstinencia —los cuales les enseñan a los jóvenes a posponer las relaciones sexuales hasta el matrimonio y donde no se incluye información sobre métodos anticonceptivos— ha mostrado que no son eficaces. Los investigadores de *Mathematica, Inc.*, que realizaron la evaluación, encontraron que los niños que participaron en las clases de educación sexual sobre abstinencia participaban en relaciones sexuales por primera vez a la misma edad que aquellos que no recibieron estas clases.

La participación de los estudiantes en estas clases tampoco logró sembrar una mayor conciencia entre ellos acerca de los peligros del sexo sin protección, en comparación con los no participantes.

Las personas adultas pueden añadir información a lo que se enseña en el salón de clases y demostrar apertura hacia las discusiones sobre los com-



portamientos y los riesgos sexuales, las relaciones interpersonales, las emociones y los impulsos sexuales. Este tipo de comunicación respetuosa y a profundidad puede afectar de manera positiva el desarrollo sexual de la persona joven.

La sexualidad es una parte vital de crecer

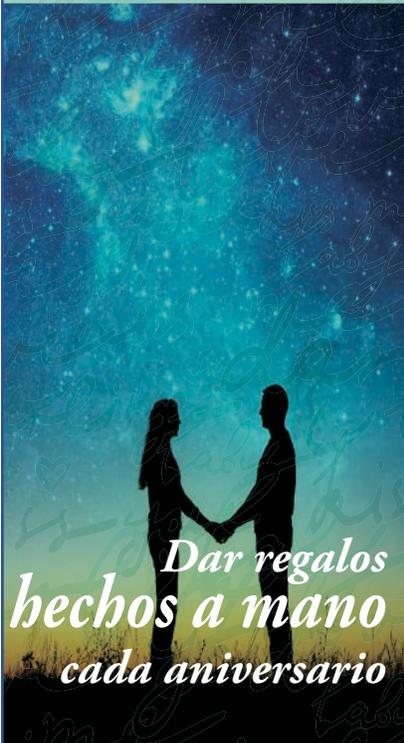
Durante la etapa de la adolescencia, las y los adolescentes aprenden cómo manejar los sentimientos sexuales, se experimentan fantasías sexuales y quizás se disfruta de relaciones románticas. Puede que se decida postergar las actividades sexuales, o no tener sexo, todo lo cual cae dentro del espectro normal del comportamiento adolescente.

Todas estas decisiones son parte de la sexualidad. El desarrollo sexual sano no es sólo un asunto de tener relaciones sexuales sino que involucra la capacidad de una persona joven para manejar el comportamiento íntimo y reproductivo de manera responsable y libre de culpabilidad, temor o vergüenza. Los adolescentes estadounidenses crecen en una cultura en la que el sexo tiene influencia sobre todas las cosas, desde el tipo de ropa que se ponen y la música que escuchan, hasta las imágenes y los mensajes que absorben de manera constante a través de los medios de comunicación.

Ayudar a las personas adolescentes a distinguir la verdad de la propaganda, y a reconocer todos los aspectos del desarrollo sexual les alienta a tomar decisiones informadas y saludables sobre los asuntos sexuales.

“Consigo información sobre le sexo en las revistas y a través de mis amigos” Niña, 16

10 maneras en que los ADOLESCENTES pueden expresar AMOR sin SEXO



Cocinar juntos

Dar detalles sin necesidad de que sea una fecha especial

Rentar las películas favoritas de cada uno y hacer un movie-tón

Hacer un álbum de fotos juntos



Hacer una lista de canciones que expresen sus sentimientos



o una carta de amor, mandarla por correo tradicional

practicar un deporte que les guste a ambos

Aprender a bailar, tomar clases de baile

LA ESPIRITUALIDAD Y LA RELIGIÓN



La fe es un factor de la exploración de la identidad

“Lo mejor de mi religión es que todo el mundo en la comunidad es buena gente y acepta tus defectos.”

Niña, 12

Durante la adolescencia, las personas jóvenes comienzan a hacerse las grandes preguntas de la vida, tales como, por qué existe el bien y el mal, y qué significa ser humano. Las respuestas a estas preguntas caen dentro del terreno de la espiritualidad.

La espiritualidad se centra en la conexión a una realidad más grande que uno mismo y puede incluir la experiencia sagrada del sobrecogimiento religioso y la reverencia religiosa. La espiritualidad implica creencias y sentimientos profundos, entre ellos el sentido de propósito de la persona, su conexión con otras personas y su comprensión del significado de la vida.

La religión, por otro lado, es un conjunto de creencias y prácticas que un grupo de personas tiene en común. Puede abarcar tradiciones culturales

o ancestrales, escrituras, historia y mitología, así como la fe personal y la experiencia mística.

El desarrollo espiritual se construye tanto dentro como fuera de las tradiciones, creencias y prácticas religiosas. Los adolescentes distinguen entre la religión y la espiritualidad. En una encuesta representativa de la nación, realizada como parte del *National Study of Youth and Religion* (NSYR; en español: el estudio nacional sobre la juventud y la religión) en 2002 y 2003, cincuenta y cinco por ciento (55%) de los adolescentes de 13 a 17 años de edad dijo que la frase “Espiritual, pero no religioso”, le describiría “Bien” o “Muy bien” era algo cierta o muy cierta sobre ellos.

La mayoría de los adolescentes dice que cree en Dios. El NSYR infor-

mó que un 84% de los adolescentes de 13 a 17 años de edad reportó creer en Dios, y 65 % dijo rezar por lo menos una vez a la semana.

En el mismo estudio, 85 % de los adolescentes reportó estar afiliado a una denominación o tradición religiosa, y 42 % dijo asistir a un servicio religioso por lo menos una vez a la semana. Treinta y nueve por ciento (39%) reportó participar en un grupo de jóvenes. Poco más de la mitad (52%) dijo que su fe religiosa era muy importante o importante en extremo para su vida cotidiana.

Desarrollar una visión espiritual

El profesor de teología James W. Fowler describe la adolescencia como la etapa durante la cual las personas jóvenes comienzan a formar su propia identidad y visión espiritual. Lo que suele suceder es que los niños en la adolescencia temprana no tienen desarrollado lo suficiente todavía el sentido de la razón como para poder construir perspectivas independientes sobre la religión y la espiritualidad; todavía les guían sus padres y otras personas adultas, y los influyen sus iguales.

A medida que crecen, los adoles-

Sobre el cerebro



Rezar y meditar parecen estimular las partes del cerebro responsables de la concentración mental y el pensamiento, y las destrezas de razonamiento de orden superior. En un estudio realizado en el 2003, mediante el uso de tomografía por emisión de positrones (PET, por su acrónimo en inglés) e imágenes por resonancia magnética funcional (fMRI, por sus iniciales en inglés), se encontró que el flujo de sangre a las áreas del cerebro que juntas regulan y concentran la atención aumentaba en las monjas que realizaban una oración meditativa durante casi una hora, en la cual se concentraban en una frase de la Biblia o de una oración.

REFERENCIA: Newberg, A., Pourdehnad, M., Alavi, A., and D'Aquili, E.G. (2003). Cerebral blood flow during meditative prayer: Preliminary findings and methodological issues. *Perceptual and Motor Skills*, 97, 625-630.

centes desarrollan un entendimiento de lo desconocido y lo que no se puede conocer. La adolescencia puede ser un periodo de cuestionamiento religioso y espiritual intenso para muchas personas jóvenes. Podría ser que esto suceda porque el desarrollo de las habilidades cognitivas más complejas promueve el pensamiento en el nivel existencial así como la formación de una perspectiva más amplia del mundo.

“Practico la misma religión que tenía cuando era niño, porque ésa es en la que me crié. Cuando crecí, entendí las verdaderas razones que respaldan mis creencias.”

Niño, 15



¿Quién asiste con más frecuencia a los servicios religiosos?

LAS PERSONAS JÓVENES En el 2006, cuarenta y dos por ciento (42%) de los jóvenes de 8vo grado dijo que asistía a servicios religiosos por lo menos una vez a la semana. A medida que crecían, menos adolescentes asistían semanalmente (36 por ciento de los de 10mo grado, y 32 por ciento de los de 12mo grado). Resulta interesante que los adolescentes de mayor edad, como grupo, no se consideraban menos religiosos, lo cual sugiere que para los adolescentes de mayor edad la religiosidad abarcaba mucho más que la asistencia a servicios religiosos.

LOS ADOLESCENTES AFRICANO-AMERICANOS En el 12mo grado, cuarenta y cuatro por ciento (44%) de los estudiantes africano-americanos asistían a servicios religiosos por lo menos una vez a la semana, en comparación con el 31 por ciento de los estudiantes de descendencia europea.

LOS ADOLESCENTES CON MÁS RECURSOS ECONÓMICOS En el 12mo grado, los estudiantes cuyos padres se graduaron de la universidad (un indicador de ingresos más altos) tenían mayor probabilidad de asistir a servicios religiosos que los estudiantes cuyos padres tenían educación hasta la escuela superior (o preparatoria) (38 por ciento en comparación con 28 por ciento).

REFERENCIA: *Child Trends* analysis of Monitoring the Future Survey data, 1976 to 2006. www.childtrendsdatabank.org/pdf/32_PDF.pdf

¿Está disminuyendo la participación religiosa?

Entre 2002 y 2006, el porcentaje de los adolescentes que asistía a servicios religiosos por lo menos una vez a la semana bajó, de 35 por ciento a 32 por ciento para los estudiantes de 12mo grado, de 42 a 36 por ciento en los de 10mo grado, y de 47 a 42 por ciento entre los de 8vo grado. Esta reducción revierte una tendencia que se había observado entre 1991 y el 2002. La tendencia anterior era de aumento en la asistencia a servicios religiosos.

REFERENCIA: *Child Trends* analysis of Monitoring the Future Survey data, 1976 to 2006. www.childtrendsdatabank.org/pdf/32_PDF.pdf



En Estados Unidos, donde la libertad de religión individual se permite, los adolescentes podrían batallar con si quedarse o no dentro de la religión de su infancia. Puede que algunos adolescentes quieran explorar otras creencias religiosas o disciplinas espirituales como parte de una búsqueda para encontrar una que tenga significado personal. En Estados Unidos, la adolescencia es el periodo en que es más común el cambio a una afiliación religiosa diferente.

No obstante, para muchos grupos culturales, la religión está entrelazada de manera compleja con su identidad nacional y étnica. Los adolescentes de estas culturas suelen no cambiar de

religión, sin que ello cause algún daño a su desarrollo.

Las personas jóvenes pueden tornarse más religiosas que sus padres. La gente joven que tiene creencias religiosas más profundas que las de sus padres reportan tener relaciones familiares más positivas. Lo opuesto suele ser cierto cuando los padres son más religiosos que sus hijos adolescentes.

Participar en actividades de fe puede proteger a los adolescentes de comportamientos arriesgados

Sorprende cuán poca investigación se ha realizado sobre el impacto de la religión y la espiritualidad en las

personas jóvenes, pero las investigaciones disponibles sugieren que las organizaciones de base de fe pueden brindar a la gente joven dirección moral, experiencias espirituales, lazos sociales y organizacionales positivos, sentido de comunidad, destrezas de liderato y personas que sirvan de ejemplos a seguir.

“Mi fe me empuja a hacer lo mejor que pueda ser.”

Niña, 12



Maneras de promover el desarrollo espiritual



- **RESPALDE** el compromiso de las personas jóvenes hacia la justicia social. Al hacer el esfuerzo por llegar a otras personas y tratar de corregir las injusticias, una persona joven puede sentir que se profundiza su fe.
- **TRABAJE** con los grupos juveniles de base de fe para brindar a los adolescentes actividades supervisadas dirigidas a sus intereses y necesidades. Estas actividades supervisadas podrían estar disponibles en centros de acogida para jóvenes, o podrían ser programas musicales y bailes, o programas nocturnos
- **PERMITA** que la juventud exprese sus creencias religiosas y su espiritualidad, y facilite su búsqueda para entender mejor la tradición en la que han sido criados, otras religiones o prácticas espirituales.
- **ENCUESTE** a los jóvenes en su lugar de culto acerca de sus problemas y preocupaciones, y coordine grupos de discusión entre los adolescentes y los adultos.
- **CONSTRUYA** relaciones entre adultos y jóvenes mediante programas intergeneracionales, servicios religiosos, retiros y actividades sociales en su lugar de culto. Estas oportunidades proveen a los jóvenes acceso a adultos que sirven de modelos a seguir y también ayudan a disipar los mitos y los temores de la gente adulta sobre los jóvenes.
- **ALIENTE** la exposición al arte, la música, la literatura, el baile y el teatro, así como las expresiones creativas en esos medios.
- **VISITE** los museos de arte locales junto a los jóvenes para mirar pinturas y esculturas religiosas. Muchas iglesias y lugares de devoción también ofrecen recorridos y charlas sobre los trabajos artísticos distintivos albergados en sus espacios y los significados espirituales de las características arquitectónicas de sus estructuras.

“A veces cuestionaba mi fe porque cuando iba a la iglesia la gente empezaba a gritar y recibir al Espíritu Santo, y yo nunca lo recibía. Pensaba que era porque no creía lo suficiente.”

Niña, 14

La asistencia a servicios y ceremonias religiosas, orar en público y la participación en actividades de grupos religiosos, incluidos los grupos de jóvenes, se asocian a un menor consumo de cigarrillos, alcohol y marihuana; a una autoestima mayor; y a relaciones familiares más positivas. Puede que asistir a servicios religiosos también tenga un efecto en el desempeño escolar. Las comunidades religiosas fuertes enfatizan y recompensan la conducta social aceptable, y animan a los jóvenes a mantener sus estudios al día.

Participar de una comunidad espiritual o de creyentes le provee a la persona joven acceso a adultos que sirven de ejemplos positivos y a sistemas de apoyo social de parte de personas afines a sus creencias. Casi la mitad (48 por ciento) de los participantes de la encuesta NSYR de 2002 entendían que su congregación religiosa era un muy buen lugar donde asistir en busca de ayuda para abordar problemas serios, y 26 por ciento dijo que era un lugar bastante bueno al que ir para buscar ayuda.

La práctica privada de la religión—definida como rezar de manera individual, el estudio individual de textos religiosos y la importancia en el

nivel personal de la religión en la vida propia—no protege contra participar de manera regular o habitual en conductas arriesgadas en la misma medida en que lo hace la participación en una comunidad de creyentes. Puede que esto sea particularmente cierto respecto al fumar, que es una práctica muy adictiva.

Todavía tenemos mucho que aprender sobre el efecto del compromiso religioso individual de las personas y la práctica privada de la fe sobre otros aspectos del bienestar de los adolescentes.

La religión no es siempre un santuario

Aunque la religión organizada fomenta un sentido de pertenencia para la mayoría de la gente joven, ésta también puede conducir al rechazo doloroso de aquellas personas que se perciben como no incluidas, tales como los jóvenes gay, las jóvenes lesbianas y otros jóvenes de minorías sexuales.

Algunos de los grupos religiosos más importantes sostienen que la atracción entre personas del mismo sexo va en contra de las enseñanzas sagradas y que tener estilos de vida que no correspondan al heterosexual es

pecaminoso o no es natural.

Algunos grupos religiosos excluyen a las personas homosexuales y tratan de convencer a los jóvenes de minorías sexuales de cambiar su orientación sexual mediante terapia. Algunos grupos religiosos también se involucran en cabildeo político para asegurarse de que las leyes y las políticas públicas respecto a la orientación sexual estén en armonía con la doctrina religiosa en la que creen.

La intolerancia basada en la religión puede limitar la habilidad de los jóvenes de minorías sexuales de recibir el beneficio completo de la conexión religiosa y también puede causar profunda angustia psicológica y emocional. Las personas religiosas adultas y las organizaciones de base de fe pueden ayudar concentrándose en formar una relación con el adolescente como una persona completa.

La adolescencia: Un periodo de cuestionamiento y de pertenecer

El desarrollo espiritual y la religión pueden ofrecer un ambiente positivo para los jóvenes, al darles un sentido de pertenencia y relaciones interpersonales beneficiosas con iguales y personas adultas, así como al proveer un sentido de propósito y significado en la vida.

El desarrollo espiritual se construye tanto dentro como fuera de las tradiciones, creencias y prácticas religiosas. Este desarrollo conduce a una búsqueda que causa que algunos jóvenes enriquezcan su fe, y que otros se separen de las tradiciones religiosas en las que se criaron.

“Me alejé de mi religión por un tiempo y me di cuenta de que era importante para mí.”

Niño, 18

JAMES FOWLER

James W. Fowler, profesor emérito de teología y desarrollo humano de la Universidad de Emory, ha escrito mucho sobre el desarrollo espiritual a lo largo de la vida. Describe las dimensiones cognoscitivas, emocionales y conductuales del desarrollo de la fe en diferentes etapas de la vida.

LAS ETAPAS de la FE

1 La fe intuitivo-proyectiva 3 a 7 años de edad

Los niños en estas edades no tienen estructuras interiores para ordenar y comprender sus experiencias; sus vidas son un mundo sin barreras de fantasía, cuentos, experiencias e imágenes. Estas imágenes incluyen los eventos reales de la vida cotidiana del niño y su vida imaginaria. Las creencias religiosas de los niños reciben la influencia de los ejemplos, los cuentos y las acciones de otras personas, en especial los adultos con autoridad. Fowler afirma que el poder de la fe en esta etapa radica en el nacimiento de la imaginación y la capacidad de mantener la comprensión y los sentimientos intuitivos, a través de imágenes y cuentos impactantes. Los peligros de esta etapa respecto a la fe se encuentran en el potencial para que el niño se abrume con imágenes de terror y destrucción. La transición a la próxima etapa espiritual tiene que ver con la creciente preocupación del niño con aclarar lo que es real y lo que solo parece ser real.



2 La fe mítico-literal Edades de escuela elemental

Para pasar a esta segunda etapa, los niños por necesidad habrán progresado hasta el nivel de desarrollo del pensamiento operacional concreto. El mundo se ha tornado en algo lineal, organizado y predecible. La fe en esta etapa se convierte en un asunto de depender de los valores implícitos, los cuentos y las reglas de la comunidad de fe de la familia. Durante esta etapa espiritual, el niño comienza a aceptar las historias y las creencias que simbolizan ser parte de su comunidad. El niño suele hacer asociaciones fuertes con las “personas como nosotros” y tiende a mirar de manera crítica a quienes son “diferentes”. Los cuentos se absorben en su sentido literal.

3 La fe sintético-convencional Adolescencia

El término “sintético” significa aquí que la persona adolescente intenta reunir todos los elementos dispares de su vida en una identidad integrada. El término “convencional” indica que los valores y creencias espirituales que tiene el adolescente se derivan de las personas que desempeñan un papel importante en su vida, y se acepta la mayoría de los mismos sin cuestionamiento. Los jóvenes en esta etapa no tienen suficiente confianza en su propia identidad y fe, ni su juicio desarrollado lo suficiente como para construir una perspectiva independiente. Además, están muy pendientes a las expectativas y juicios de las demás personas. Como consecuencia, el joven en esta etapa puede que tenga convicciones espirituales profundas, sin haberlas examinado de forma crítica.

PAS

REFERENCIA: Fowler, J. (1995) *Stages of Faith: The Psychology of Human Development*. New York: Harper One, 352 pp.

4

Fe individuante- reflexiva Adolescencia tardía y adultez temprana

Durante esta etapa la persona emerge de la influencia circundante de las personas importantes para él. Los jóvenes comienzan a exigirse, dar cuenta de su propia “autenticidad, congruencia y coherencia, y a exigir de las otras personas”. Están listos para aceptar responsabilidad por sus creencias, acciones y decisiones, y no van a tolerar más solo seguir a la manada. La gente joven en esta etapa no acepta con facilidad las estructuras de liderato que exigen que ellos dependan de éstas. Los jóvenes en esta etapa quieren lideratos que reconozcan y respeten sus posturas personales y que les permitan contribuir en la toma de decisiones del grupo.

5

Fe conjuntiva Adultez y mediana edad

La experiencia de alcanzar la mediana edad puede conducir a una etapa nueva de desarrollo de fe. Esta transición coincide con el reconocimiento del poder y la realidad de la muerte; con sentimientos de envejecer y verse mayor; y con la consciencia de que existen aspectos de la identidad propia y circunstancias que no se pueden cambiar. Fowler resume la descripción de la experiencia de vida necesaria para hacer la transición hacia esta etapa como “haber aprendido tras haberse chocado las narices con la finitud”. En la etapa de la fe conjuntiva, las personas aceptamos, como partes intrínsecas de la verdad, la paradoja y las aparentes contradicciones de diferente perspectivas de la verdad. Las personas en esta etapa “resistirán las interpretaciones reduccionistas y estarán preparadas en general para vivir con la ambigüedad, el misterio, la maravilla y las irracionalidades aparentes”.



6

Universalizar La mediana edad y más allá

Muy pocas veces las personas alcanzan esta etapa del desarrollo de la fe. Los ejemplos de Fowler incluyen a la Madre Teresa y Mahatma Gandhi, a quienes se les caracteriza como altruistas. Han renunciado al ego a cambio del bien mayor de toda la comunidad.

PERFILES DEL DESARROLLO



No estar sincronizado es completamente normal

El crecimiento y desarrollo del adolescente no avanza por una trayectoria fluida, sin titubeos. El desarrollo cognoscitivo se puede adelantar a los cambios físicos, y viceversa. De manera similar, el desarrollo físico y cognoscitivo pueden estar sincronizados, pero el desarrollo social puede estar retrasado.

Los siguientes perfiles ilustran la manera en que los patrones únicos de crecimiento físico y desarrollo cognoscitivo de los adolescentes pueden tener importancia emocional y social.

Sin duda, reconocerá a algunos de estos jóvenes. Podría ser que usted mismo haya encajado en una de estas descripciones cuando era adolescente. Animar a los adolescentes que conoce a leer estos perfiles, puede que les ayude a entender que su desarrollo no lineal es completamente normal y de esperar. Puede que hasta obtengan un

nuevo entendimiento de cómo manejar ciertas situaciones.

Cómo manejar los patrones únicos del crecimiento del adolescente

Lo típico es que el desarrollo físico, cognoscitivo y social no estén sincronizados durante toda la adolescencia. El adolescente que se desarrolla temprano y aquél que se desarrolla tarde en el aspecto físico es muy conscientes de estar fuera de ritmo en relación a sus iguales, y asegurarse que alcanzará a los demás —o que otros adolescentes le alcanzarán— puede ser de muchísima ayuda. También es muy útil desempeñar el papel de la “mamá mala” o el “papá malo” y limitar la exposición de estos jóvenes a situaciones para las que no están listos.

Cuando los retrasos son cognosci-

tivos o sociales, al adulto se le hace más fácil culpar al adolescente y esperar a que él arregle la situación —ya sea mejorar su etiqueta social, ser más organizado y puntual, o ser más considerado con los sentimientos de las otras personas.

En su lugar, para abordar los retrasos cognoscitivos o sociales, es importante que los adultos sigan las mismas estrategias que utilizan para abordar el desarrollo físico que no está sincronizado: Tranquilizarse a sí mismo y calmar al joven, recordándole que todo esto es normal, y poner en marcha estrategias que ayuden al desarrollo de destrezas sociales y cognoscitivas. Estas estrategias incluyen, por ejemplo, anticipar la necesidad de 15 minutos adicionales en la mañana para organizarse, pasar tiempo adicional practicando situaciones hipotéticas y establecer sistemas de rendición de cuentas. Por supuesto, si ciertos retrasos parecen ser extremos, se debe buscar ayuda profesional.

SARA

Desde que tiene memoria, la gente le ha dicho a Sara que podría ser una estrella de cine. Es muy bonita, y proyecta inocencia y sencillez. A la edad de 11 años, comenzó su menstruación, y para su cumpleaños número 13, ya tenía los senos desarrollados y las caderas redondas de una adolescente mucho mayor. Al principio, a Sara le encantaba recibir tanta atención, dado que, de la noche a la mañana, aparentemente se convirtió en la envidia de muchas niñas de su edad, sin hablar de que se volvió popular entre los chicos de mayor edad, que antes sólo pensaban en ella como una niña. Empezó a rogarle a su mamá que la dejara salir en pareja con chicos de escuela superior, pero luego se asustó y se sintió abrumada cuando ellos trataron de besarla y tocarla. Como si la atención de los chicos en la escuela no le causara suficiente confusión, los hombres —gente de la misma edad de sus tíos ¡qué asco!— siempre están haciendo comentarios sobre cómo se ve, como si de repente ella se hubiera convertido en propiedad pública. Su cuerpo ya le causa tanta vergüenza que ha dejado de salir con sus amigas y prefiere esconderse en su habitación. Cuando Sara sale a la calle, se pone ropa ancha y se encorva, intentando esconder su figura. Nunca hace contacto visual —“¿Para qué?”, pregunta, “Si nadie me mira por encima del pecho de cualquier forma” —.



SARA Y MIGUEL ilustran algunos de los retos de las personas adolescentes que se desarrollan temprano físicamente. En términos físicos son maduros, hasta el grado en que la gente no los reconoce por lo que son: todavía unos niños. Aun cuando cada uno tiene el cuerpo de una persona adulta, no están ni cerca de estar listos en términos emocionales para estar activos sexualmente. La madurez física de Miguel ha resultado en que esté pasando el tiempo con un grupo de jóvenes de edades mayores, lo cual ha conducido a que experimente con el sexo, las drogas y el alcohol, y con otras conductas arriesgadas que no está listo para manejar. Sara ha respondido a su desarrollo físico temprano retirándose socialmente. Su mamá, o alguna otra persona adulta compasiva e

MIGUEL



De más de seis pies de alto, guapo y con abdominales definidos, Miguel, un joven de 15 años de edad, tiene la imagen del próximo ídolo adolescente. Sobresale en los deportes y todos lo quieren en su equipo. Es popular y le cae bien a la gente, lo cual complace a sus padres. El hecho de participar en deportes significa pasar tiempo con estudiantes del tercer y cuarto año de escuela superior, quienes lo invitan a fiestas en las cuales se consumen bebidas alcohólicas y donde algunas veces hay drogas para compartir. Las chicas mayores que él — ¡Caramba, algunas prácticamente mujeres!— le prestan atención también y parecen estar mucho más interesadas en el cuerpo de Miguel que en nada de lo que pueda decir. Por dentro, Miguel no se siente para nada maduro o seguro de sí mismo. Aunque es emocionante que lo incluyan para asistir a estas fiestas, no se siente listo para experimentar con las drogas o el alcohol. No obstante, no ha podido encontrar la manera de ser firme y decir, “No, gracias”. Lo mismo le pasa con el sexo. Miguel se siente halagado de que tantas chicas mayores se acerquen a él, que es el sueño de cualquier varón joven, ¿no? Sin embargo, también encuentra muy rara toda la presión hacia comportarse de manera sexual, y le preocupa que las chicas se vayan a burlar de que dude y no actué. Miguel no sabe cómo poner en palabras lo que siente. Así que suele seguir la corriente, pero se siente confundido después. Algunas veces, Miguel quisiera que la gente pudiera ver que es un niño por dentro, en lugar de sólo el hombre que ven frente a ellos.

interesada, podría ayudar a Sara permitiéndole salir en pareja con varones mayores, aun si esto podría hacer a Sara infeliz en el momento. De manera similar, los padres de Miguel podrían reducir la presión que siente su hijo no permitiéndole asistir a muchas fiestas con los integrantes del equipo que son mayores que él y los amigos de estos. También podrían conversar con Miguel acerca de las maneras en que puede evadir situaciones peligrosas e incómodas con eficacia. Sara y Miguel también podrían beneficiarse de que se les anime a hacerse amigos de más personas de su misma edad, y a involucrarse en actividades que no enfatizan innecesariamente la apariencia física.

TOMÁS

Tomás era el rey indiscutible de la escuela intermedia —inteligente, extrovertido, el tipo de chico con el cual tanto niñas como niños se sentían cómodos—. Todo cambió al entrar en la escuela superior (preparatoria). La mayoría de los chicos de su edad se ven más grandes, más musculosos y más atractivos que él —tienen 16 años, pero parecen hombres—. Al ser grandes y atléticos, lo tumban durante la práctica de fútbol americano y lo superan sin problema en la cancha de baloncesto. Todavía tiene algunos amigos de la escuela intermedia, pero incluso ellos no le pueden ayudar con los sentimientos de ineptitud que tiene dentro y fuera del campo de juego. Aunque Tomás continúa sacando buenas notas, algunas veces duda de alzar la mano o participar mucho en clase porque no quiere llamar la atención hacia el pequeño tamaño de su cuerpo. Tras la práctica y en las clases, los otros niños les hablan a las niñas sin problemas, pero Tomás siente que no tiene ninguna posibilidad de conectar. También encuentra a las niñas intimidantes —tan altas y seguras de sí mismas como las supermodelos—. Cuando se mira al espejo, lo que ve es a un niño pequeño.



En términos físicos, **TOMÁS Y LESLIE** son adolescentes de desarrollo tardío. Aun cuando es una experiencia difícil no ser tan alto y musculosos como los otros niños, Tomás está sin duda al día en otras áreas y está listo emocionalmente para relaciones más maduras. Puede que sea reservado algunas veces, pero sabe qué hacer para que sus compañeros lo aprecien. Las personas adultas lo pueden apoyar confirmándole que su desarrollo físico es normal y alcanzará a los demás a tiempo. También, continuar alentándole en su desempeño académico lo ayudará a mantener su optimismo.

LESLIE



A los 15 años de edad, Leslie es pequeña y flaquita, con cuerpo de niño y cara de niña pequeña. Al mirar a Leslie, las personas podrían confundirla con una niña de 12 años de edad, pero luego abre la boca y cualquier cosa puede suceder. Leslie es brillante y estudiosa, una persona de pensamientos complejos que tira ideas y conceptos como si fueran bolas de ping-pong. Leslie no piensa mucho en el tamaño de su cuerpo y prefiere la vida intelectual. Ha ampliado su visión de mundo más allá del espejo del baño y está involucrada en una variedad de causas cercanas a su corazón, tales como la conservación del medio ambiente y el rescate de animales. Durante la escuela intermedia, ser bajita y de cuerpo pequeño intimidaba a Leslie, y ella escondía su luz bajo un saco. Pero en la escuela superior, su perspectiva ha cambiado y su atención gira en torno a aprender y entrar a una buena universidad de manera que pueda alcanzar su sueño de convertirse en veterinaria.

LESLIE es un buen ejemplo de alguien que es extremadamente madura en las dimensiones académica y emocional. Sus destrezas para pensar en el futuro y planificar están quizás más desarrolladas que las de muchos de sus iguales. En términos cognoscitivos, Leslie está mucho más adelantada, pero físicamente está retrasada. A diferencia de Tomás, Leslie no está dejando que su tamaño físico afecte su autoestima y ha ampliado su círculo social para que refleje sus florecientes intereses y metas. Los padres y otras personas adultas pueden mantener a Leslie interesada, respaldando su amor hacia el aprendizaje y sus esfuerzos por diferentes causas, y también asegurándose de que su desarrollo social se mantenga al paso, de manera que no se convierta en alguien que es “todo trabajo y nada de diversión”.

MARÍA

Extrovertida y verbalmente expresiva, María, quien tiene 17 años de edad, se siente cómoda con todo tipo de personas. Sus destrezas sociales son insuperables, y tiene una facilidad para aparentar interesarse en cada palabra que alguien dice. Atrae a las personas gracias a su natural calor humano y don de palabra. Sus padres se sienten orgullosos de su popularidad y su habilidad en la escena social, lo cual entienden le abrirá muchas puertas en la universidad y en su vida futura, así que no la empujan mucho para que saque mejores notas. De hecho, ella suele poder hablar y convencer a las personas de su punto de vista en la mayoría de las situaciones, en especial a los maestros y figuras de autoridad. No obstante su destreza verbal, María puede ser desorganizada y pocas veces termina lo que comienza. Al hacer un plan, se le hace difícil pensar hasta su conclusión en cada escenario posible. Toma decisiones de manera impulsiva y sin pensar en las implicaciones de las mismas.



MARÍA es una persona con alto nivel de funcionamiento social, alguien muy adelantada en destrezas sociales e interactivas. También posee un fuerte sentido de sí misma y de cómo puede hacer que sus fortalezas funcionen a su favor. Sin embargo, su capacidad para hablar con facilidad puede esconder el hecho de que sus destrezas de pensamiento complejo y de lógica pueden no estar desarrollándose al mismo ritmo. Los maestros y otras personas adultas deben estar pendientes de personas jóvenes como María —quienes pueden persuadir a la mayoría de la gente sólo hablando—, pero cuyas funciones cognitivas podrían ser inmaduras. Se puede contribuir al desarrollo de las destrezas de toma de decisiones y planificación de María asignándole proyectos con contenido visual y escrito que promuevan la rendición de cuentas.

TYLER



De estatura alta y constitución de salvavidas, Tyler, de 16 años de edad, sobresale en los deportes y en el salón de clases. Le gusta ejercitar su mente y disfruta en particular de tratar con hechos y datos, y memorizarlos. Las cosas absolutas son las que más sentido tienen para él, dado que Tyler prefiere el orden del pensamiento en blanco y negro. Lo que incomoda un poco a Tyler son las situaciones hipotéticas y los escenarios de “Y qué tal si...” En la mente de Tyler, si no lo puedes ver o demostrar, entonces no existe. Este tipo de manera de pensar le funciona bien en los deportes para hacer lo que el entrenador dice, pero surgen problemas cuando se le pide que anticipe lo que van a hacer los integrantes del equipo contrario. Algunas veces, cuando está con sus amigos, sucede lo mismo —piensa las cosas hasta su conclusión racional—, pero se le complica cuando las cosas no suceden como lo dicta la lógica. También tiene problemas para ponerse en los zapatos de otras personas y para sentir simpatía por la situación en la que están.

TYLER está desarrollado en términos físicos y académicos, pero en términos cognoscitivos no ha progresado más allá del nivel de pensamiento concreto, que suele comenzar a los 7 años de edad y terminar a los 12. Los pensadores concretos piensan lógicamente y son organizados, pero no pueden balancear conceptos abstractos o el pensamiento en múltiples niveles. Su desarrollo cognoscitivo ha retrasado su desarrollo social también, dado que no piensa más allá de sí mismo (sus valores, sus pasiones, sus necesidades) para tomar en cuenta los pensamientos y sentimientos de las otras personas. Participar en aprendizaje-servicio —un tipo de actividad que a menudo incluye dinámicas para ayudar a los adolescentes a reflexionar sobre el servicio comunitario realizado— podría ayudar a Tyler a desarrollar empatía. Las personas adultas también pueden contribuir a desarrollar su capacidad de reconocer y tener empatía hacia las perspectivas de otras personas al hacer “declaraciones” que describen sentimientos, tales como, “Tu amigo parece estar muy (preocupado, molesto, desanimado)”.

CONCLUSIÓN



El desarrollo sano sí sucede

Invitamos a todas las personas de todas las edades a apreciar la maravilla que representa ser un adolescente. En ningún otro periodo de la vida los seres humanos se desarrollan tan rápidamente y en tantas dimensiones diferentes. En los años de la adolescencia es cuando los niños crecen al tamaño de la adultez, se vuelven capaces de reproducirse, desarrollan las destrezas de pensamiento que les permiten filosofar sobre la vida y planificar eventos complejos, y desarrollan la capacidad emocional para sentir empatía hacia las demás personas y hacer grandes sacrificios por ellas.

La Guía ha presentado varias ideas clave respaldadas por las investigaciones. Lo primero y lo más fundamental: los cambios rápidos de la adolescencia son normales. La mayoría de los adolescentes y sus familias navegan estos años de manera exitosa y los disfrutan. La rapidez de los cambios, no obstante, puede causar confusión y hacer que tanto los adolescentes como las personas adultas se sientan inseguros sobre qué hacer. Conocer lo que los adolescentes suelen experimentar en términos físicos y emocionales puede ayudar a resolver algunas de las dudas sobre si el adolescente está al día en su desarrollo y si su conducta es razonable.

La segunda idea clave es que el desarrollo saludable es disparajeo. Los desarrollos físico, emocional y cognosci-

tivo no siempre están sincronizados. La Guía explica que es completamente normal que un área de desarrollo esté más adelantada que las otras. Debido a que el desarrollo sucede de manera disparajea, el crecimiento en una dimensión puede provocar que el adolescente termine en situaciones para las cuales no estará listo hasta que alcance su desarrollo en otras áreas. Las personas adolescentes necesitan que les expresemos confianza en que, de hecho, alcanzarán a sus iguales —o, según sea el caso, en que sus iguales les alcanzarán—. Para estar protegidos, los adolescentes también necesitan que las personas adultas los respalden y les establezcan límites.

Tercero, las personas jóvenes desarrollan atributos positivos mediante el aprendizaje y la experiencia. Mientras el desarrollo físico y sexual ocurre de manera automática dada la nutrición adecuada, éste no es el caso con el desarrollo cognoscitivo y social. Estos últimos necesitan fomentarse. Hay una variación amplia entre las culturas respecto a qué se espera de los jóvenes en términos sociales, pero todas las culturas necesitan brindar oportunidades para que los jóvenes experimenten, aprendan y practiquen la competencia personal, la conexión, el carácter, la confianza en sí mismos, y la compasión e interés por los demás.

La idea clave final de la Guía es que

el desarrollo ocurre donde sea que las personas jóvenes pasan el tiempo —en sus hogares, en la escuela, en programas extracurriculares, en el trabajo, junto con sus amigos, y mientras ven televisión o navegan en internet—. El desarrollo no termina al salir de las instituciones diseñadas específicamente para promoverlo, o sea, las escuelas y los lugares de culto. Los padres saben esto bien y a menudo se preocupan por contrarrestar la marea de influencias culturales sobre las cuales no tienen control alguno.

Sin embargo, como se ha descrito en la Guía, los padres y las personas adultas compasivas e interesadas a menudo subestiman su capacidad para promover el desarrollo de la gente joven. Debido a la etapa de desarrollo en la que se encuentran, los jóvenes dejan de decirles a las personas adultas que son importantes para ellos, o en ese sentido, que los adultos les importan en lo más mínimo. Sin embargo, los adolescentes reportan de manera constante, y las investigaciones confirman, que los adultos siguen siendo esenciales, como cuidadores, ejemplos a seguir, educadores y mentores. Esperamos que al comprender mejor el desarrollo del adolescente, las personas adultas se sientan confiadas e inspiradas a continuar el trabajo indispensable que realizan de ayudar a la siguiente generación a desarrollarse.

RECURSOS Y FUTURAS LECTURAS

Recursos en Puerto Rico

Departamento de Salud de Puerto Rico (Puerto Rico Department of Health) <http://www.salud.gov.pr/Pages/Home.aspx>

Politécnico Amigó - Realizando tus sueños <http://www.politecnicoamigo.com/>

Programa de Educación Comunal de Entrega y Servicio <http://www.proyectopecesinc.org/>

Iniciativa Comunitaria de Investigación <http://www.iniciativacomunitaria.org/>

March of Dimes Puerto Rico Chapter <http://www.marchofdimes.org/puertorico/#>

Nuestra Escuela <http://www.nuestraescuela.org/>

Oficina de Asuntos de la Juventud <http://www.oaj.gobierno.pr/>

Proyecto Nacer <http://www.alianzaeducacionalalternativa.org/iquienes-somos/proyecto-nacer.html>

Taller Salud <http://tallersalud.com/historia.html>

YMCA San Juan <http://www.ymcasanjuan.org/>

Fondos Unidos Puerto Rico <http://www.fondosunidos.org/Espanol/Impacto/estudios.asp>

Si le gustaría saber más sobre los temas abarcados en esta Guía, las siguientes publicaciones tienen recursos adicionales y lecturas específicas.

Nota: Hemos mantenido los nombres en inglés para facilitar la búsqueda. Los títulos seguidos de un asterisco (*) se encuentran disponibles en español.

Desarrollo del adolescente

You and Your Adolescent

Laurence Steinberg, PhD, and Ann Levine
Harper Collins, 1997, 432 pp.

Your Adolescent: Emotional, Behavioral, and Cognitive Development Through the Teen Years

David B. Pruitt, MD
American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and Harper Collins, 1999, 376 pp.

Why Do They Act That Way? A Survival Guide to the Adolescent Brain for You and Your Teen

David Walsh, PhD
Simon & Schuster, 2004, 276 pp.

*The Female Brain // El cerebro femenino**

Louann Brizendine, MD
Broadway Books, 2006, 280 pp.

Raising Cain: Protecting the Emotional Life of Boys

Dan Kindlon, PhD, and Michael Thompson, PhD
Ballantine Books, 2000, 320 pp.

*How to Talk So Teens Will Listen & Listen So Teens Will Talk // Como hablar para que los adolescentes escuchen y cómo escuchar para que los adolescentes hablen**

Adele Faber and Elaine Mazlish
Harper Collins, 2005, 224 pp.

Desarrollo Físico

Planned Parenthood*

www.plannedparenthood.org/esp

Washington State Department of Health Physical Growth and Development Adolescent Health Materiales*

<http://here.doh.wa.gov/ed-materials/by-language/spanish/>

American Psychological Association. Developing Adolescents: A Reference for Professionals*

<http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/solo-los-hechos.aspx>

Kidshealth.org: Parents' Section. Información para padres*

http://kidshealth.org/parent/centers/spanish_center_esp.html

Desarrollo del cerebro

National Institute of Mental Health. Cerebro adolescente*

<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/>

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Información para la familia*

http://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/Facts_for_Families_Spanish.aspx

Harvard Magazine. A Work in Progress: The Teen Brain

<http://harvardmagazine.com/2008/09/the-teen-brain.html>

Imagen corporal

Department of Health and Human Services. Alentar una imagen corporal saludable*

http://kidshealth.org/parent/en_espanol/padres/body_image_esp.html

The Nemours Foundation. Imagen corporal y autoestima*

http://kidshealth.org/teen/en_espanol/mente/body_image_esp.html

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Información sobre la imagen corporal*

http://www.jaacap.com/pb/assets/raw/Health%20Advance/journals/jaac/JAACAP_v5n1.pdf

La obesidad: nutrición y ejercicio

The Nemours Foundation. Cuando el sobrepeso es un problema de salud*

http://kidshealth.org/teen/en_espanol/nutricion/obesity_esp.html

UCLA Health System. New Factor in Teen Obesity: Parents

<http://www.uclahealth.org/body.cfm?id=403&action=detail&ref=1145>

Centers for Disease Control. Actividad Física*

<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002003.htm>

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Hazte cargo de tu salud*

<http://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/control-de-peso/hazte-cargo-de-tu-salud/Pages/hazte-cargo-de-tu-salud.aspx>

Desarrollo cognoscitivo

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. El Desarrollo Normal de la Adolescencia Parte 1 *

http://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/Facts_for_Families_Pages/Spanish/El_Desarrollo_Normal_de_la_Adolescencia_La_escuela_intermedia_y_los_primeros_anos_la_secundaria_57.aspx

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. El Desarrollo Normal de la Adolescencia: Los últimos años*

http://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/Facts_for_Families_Pages/Spanish/El_Desarrollo_Normal_en_la_Adolescencia_Los_ultimos_anos_de_la_escuela_secundaria_y_mas_alla_58.aspx

American Psychological Association. La Adolescencia*

<http://www.apa.org/centrodeapoyo/adolescencia.aspx>

Drogas y Alcohol

Centers for Disease Control. Detección del Consumo del Alcohol y Consejería*

<http://www.cdc.gov/spanish/signosvital/consumoalcohol/consejeria/index.html>

The Nemours Foundation. El Alcohol *

http://kidshealth.org/teen/homework/esp/alcohol_esp.html

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Los Adolescentes: El Alcohol y otras Drogas*
http://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/Facts_for_Families_Pages/Spanish/Los_Adolescentes_el_Alcohol_y_Otras_Drogas_03.aspx

Estrés en los adolescentes

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Como se Puede Ayudar a los Adolescentes con Estrés*
http://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/Facts_for_Families_Pages/Spanish/Como_se_Puede_Ayudar_a_los_Adolescentes_con_Estres_66.aspx

The Nemours Foundation. Ayudar a sus Hijos a Afrontar el Estrés*
http://kidshealth.org/parent/_hearthealth/_esp/stress_coping_esp.html

American Academy of Pediatrics. Resiliencia para los Adolescentes*
<http://www.apa.org/centrodeapoyo/recuperacion.aspx>

Desarrollo emocional y social

Child Development Institute. Stages of Social and Emotional Development in Children and Teenagers
<http://www.childdevelopmentinfo.com/development/erickson.shtml>

Child Trends. Background for Community-Level Work on Emotional Well-being in Adolescence: Reviewing the Literature on Contributing Factors
http://www.childtrends.org/what_works/youth_development/doc/KEemotionalES.pdf

American Psychological Association. Sí, es normal que los adolescentes*
<http://www.apa.org/pi/families/resources/normal-adolescents-spanish.pdf>

Popularidad

WebMD. The Price of Teen Popularity
http://www.webmd.com/news/20050517/price-of-teen-popularity?src=rss_foxnews

Department of Health and Human Services. Teen Popularity Tied to Alcohol, Tobacco and Illegal Drug Use
<http://www.family.samhsa.gov/teach/popularity.aspx>

Journal of Pediatric Psychology. Adolescent Oral Sex, Peer Popularity, and Perceptions of Best Friends' Sexual Behavior
<http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/content/full/28/4/243>

Livestrong. Aceptación en los Adolescentes*
http://www.livestrong.com/es/aceptacion-adolescentes-info_5467/

Society for Research in Child Development. The Dark Side of Adolescent Popularity
http://www.eurekalert.org/pub_releases/2005-05/sfri-tds051005.php

Acoso escolar o Bullying

Education.com. Enfrentar el acoso*
http://www.education.com/reference/article/Ref_Diez_acciones_padres/

American Psychological Association. Como evitar el acoso escolar*
<http://www.apa.org/centrodeapoyo/intimidacion.aspx>

The Nemours Foundation. Acoso Cibernético*
http://kidshealth.org/teen/homework/esp/cyberbullying_esp.html

Formar una identidad

Counseling and Human Development: Adolescent Identity. Peers, Parents, Culture and the Counselor
http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3934/is_199904/ai_n8829700

The Nemours Foundation. Inteligencia emocional*
http://kidshealth.org/teen/en_espanol/mente/EQ-esp.html

Psych Central. Your Teen's Search for Identity
<http://psychcentral.com/lib/2007/your-teens-search-for-identity/>

Presión social

The Nemours Foundation. Presión social*
http://kidshealth.org/teen/homework/esp/peer_pressure_esp.html

WebMD. Raising a Peer Pressure-Proof Child
<http://www.webmd.com/parenting/features/teen-peer-pressure-raising-peer-pressure-proof-child>

Child Development. The Link Between Popularity, Social Status, and Aggression in Children
<http://www.srcd.org/journals/cdev/1-1/Cillessen.pdf>

Pandillas

Department of Health and Human Services. Youth Violence: A Report of the Surgeon General
http://mentalhealth.samhsa.gov/youthviolence/surgeongeneral/SG_Site/chapter4/sec3.asp

Institute for Intergovernmental Research. National Youth Gang Center
<http://www.iir.com/nygc/>

National Gang Crime Research Center.
<http://www.ngcrc.com/>

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Comprendiendo el Comportamiento Violento*
http://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/Facts_for_Families_Pages/Spanish/Comprendiendo_el_Comportamiento_Violento_de_Ninos_y_Adolescentes_55.aspx

Sexualidad

Centers for Disease Control. Salud Sexual*
http://www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/Mes_ETs/

The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Consejos para Padres*
<http://thenationalcampaign.org/resource/diez-consejos-para-los-padres>

Planned Parenthood. Sexo y Sexualidad*
<https://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/sexo-y-sexualidad/>

The Nemours Foundation. Sexual Health. Atracción y Orientación Sexual*
http://kidshealth.org/teen/en_espanol/sexual/sexual_orientation_esp.html

Healthy Teen Network. Research and Resources. No te compliques*
<http://www.healthyteennetwork.org/no-te-compliques>

PFLAG.com. Resources
www.pflag.org

Campaign for Our Children. Teen Guide and Parent Resource Center
www.cfoc.org

Religión y espiritualidad

YouthandReligion.org. National Study of Youth and Religion Releases Third Report
www.youthandreligion.org/news/docs/22-litwebupdate.pdf

National Study of Youth and Religion. Sociologists Find Stronger Relationships Between Mothers and Fathers in Religiously Active Families
www.youthandreligion.org/news/2003-1022.html

National Study of Youth and Religion. Religion and the Life Attitudes and Self-Images of American Adolescents
www.youthandreligion.org/publications/docs/Attitudes.pdf

BIBLIOGRAFÍA

Hemos mantenido los nombres de los textos en inglés para facilitar su búsqueda.

Introducción

- American Psychological Association. (2002). *Developing adolescents: A reference for professionals*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Behrer, C.J., Hughes, D.M., & Posivak, N.P. (1993). *The second decade: A critical period of development*. Washington: DC, National Network of Runaway Youth, 1-88.
- Benard, B. (1991). *Fostering resiliency in kids: Protective factors in the family, school, and community*. San Francisco, CA: Far West Laboratory.
- Blum, R. W. (2003). Positive youth development: A strategy for improving adolescent health. In F. Jacobs, D. Wertlieb, & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of applied developmental science, enhancing the life chances of youth and families: Contributions of programs, policies, and service systems* (Vol. 2) (pp. 237-252). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Blum, R. W., McNeely, C., & Nonnemaker, J. Vulnerability, risk, and protection. (2002). *Journal of Adolescent Health*, 31, 28-39.
- Catalano, R. G., Hawkins, J. D., Berglund, L. M., Pollard, J. A., & Arthur, M. W. (2002). Prevention science and positive youth development: Competitive or cooperative frameworks? *J Adolesc Health*, 230-239.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2008). *Youth risk behavior surveillance-United States, 2007. Morbidity & Mortality Weekly*, Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services (HHS).
- Meyers, S. A., & Miller, C. (2004). Direct, mediated, moderated, and cumulative relations between neighborhood characteristics and adolescent outcomes. *Adolescence*, 39,121-144.
- Scales, P. C. (2002). Reducing risks and building developmental assets: Essential actions for promoting adolescent health. *Journal of School Health*, 69,113-199.
- Small, S. A. (2005). Bridging research and practice in the family and human sciences. *Family Relations*, 54, 320-334. Retrieved May 15, 2008, from <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.0197-6664.2005.000024.x>

Desarrollo Físico

- Adolescent Health Working Group. (2005). *Body basics*. Retrieved July 19, 2008, from <http://www.ahwg.net/resources/toolkit.htm>
- Adolescent Health Working Group. (2005). *The basics*. Retrieved July 19, 2008, from <http://www.ahwg.net/resources/toolkit.htm>
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2005). *Normal adolescent development*. Retrieved June 12, 2008, from <http://www.aacap.org/publications/factsfam/develop.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2008). *Youth risk behavior surveillance-United States, 2007. Morbidity & Mortality Weekly*, Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services (HHS).
- Cohen, M. I. (1996). Great transitions, preparing adolescents for a new century. A commentary on the health component of the concluding report of the Carnegie Council on Adolescent Development. *Journal of Adolescent Health*, 19, 2-5.
- Cunningham, M., Swanson, D. P., Spencer, M. B., Dupree, D. (2003). The association of physical maturation with family hassles among African American adolescent males. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 9, 276-288.
- Demerath, E., Li, J., Sun, S., Chumlea, W. C., et al. (2004). Fifty-year trends in serial body mass index during adolescence in girls: the Fels Longitudinal Study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 80, 441-446.
- Eccles, J. S., Barber, B. et al. (1999). Self-evaluations of competence, task values, and self-esteem. In N. G. Johnson, M. C. Roberts and J. Worell (Eds.), *Beyond Appearance: A New Look at Adolescent Girls* (pp. 53-82). Washington, DC: American Psychological Association.

- Harrison, K., & Hefner, V. (2008). Chapter 18: Body image and eating disorders. In S. L. Calvert & B. J. Wildson (Eds.), *The handbook of children, media, and development* (pp. 645-688). New York, NY: Wiley-Blackwell.
- Kimm, Y. S., Barton, B., Obarzanek, E., McMahon, R., et al. (2001). Racial divergence in adiposity during adolescence: The NHLBI growth and health study. *Pediatrics*. Retrieved November 24, 2008, from: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/107/3/e34>
- Kipke, M. D. (1999). *Adolescent development and the biology of puberty*. Washington, DC: National Academy Press, 11-40.
- Medline Plus. (2003). *Adolescent physical development*. Retrieved May 3, 2008, from <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/02003.htm>
- Morris, S. B. (1995). Vanity motivated overspending. *Educational and Psychological Measurement*, 55(1), 95.
- Nemours Foundation. (2007). *Body image and self-esteem*. Retrieved May 23, 2007, from http://www.kidshealth.org/teen/your_mind/body_image.html
- O'Dea, J. A., & Abraham, S. (1999). Onset of disordered eating attitudes and behaviors in early adolescence: interplay of pubertal status, gender, weight, and age. *Adolescence*, 34(136), 671-679.
- Pruitt, D. (1999). *Your adolescent*. New York, NY: HarperResource, 3-49, 260-269.
- Siegel, J. M., Yancey, A. K., Aneshensel, C. S., & Schuler, R. (1999). Body image, perceived pubertal timing, and adolescent mental health. *Journal of Adolescent Health*, 25(2), 155-165.
- Simmons, R. G., & Blyth, D. A. (1987). *Moving into adolescence: The impact of pubertal change and school context*. New York, NY: A. de Gruyter.
- Spencer, M. B., Harpalani, V., Cassidy, E., Jacobs, C. Y., Donde, S., Goss, T., et al. (2006). Understanding vulnerability and resilience from a normative developmental perspective: Implications for racially and ethnically diverse youth. In D. Cicchetti & D. Cohen, (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 1. Theory and Method* (2nd ed., pp. 627-672). Hoboken, NJ: Wiley.
- Stang, J., & Story, M. (2005). Body image and adolescents. *Guidelines for adolescent nutrition services*, 155-166. Retrieved May 5, 2008, from http://www.epi.umn.edu/let/pubs/adol_book.shtm
- Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110.
- Steinberg, L. D. (1993). *Adolescence* (3rd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Steinberg, L., & Levine, A. (1997) *You and your adolescent*. New York, NY: Harper Collins, 71-101.
- Walsh, J. (2004). *Why do they act that way?* New York, NY: Free Press, 14-25.

Obesidad y nutrición

- Abdur-Rahman, S. (August 13, 2003). Risk seen in teasing kids about weight. *Chicago Tribune*. Retrieved January 15, 2009, from <http://www.drwoolard.com/peinnews/teasing.htm>
- American Psychiatric Association. (2003). *Obesity can be harmful to your child's mental health*. Retrieved December 15, 2008, from http://www.eurekalert.org/pub_releases/2003-10/apa-ocb100103.php
- Centers for Disease Control and Prevention. (2008). *Youth risk behavior surveillance-United States, 2007. Morbidity & Mortality Weekly*, Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services (HHS).
- Daniels, S., Arnett, D. K., Eckel, R. H., Gidding, S. S., et al. (2005). Overweight in children and adolescents: Pathophysiology, consequences, prevention, and treatment. *Circulation*, 111, 1119-1212. Retrieved April 16, 2007, from <http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/111/15/1999>
- Eisenberg, M. (2005). *Teasing about weight may have dire consequences*. Retrieved January 15, 2009, from <http://www.healthtalk.umn.edu/healthtalk/topics/teasingweight/home.html>
- Kaiser Family Foundation. (2007). *New study finds that food is the top product seen advertised by children*. Retrieved May 15, 2007, from <http://kff.org/entmedia/entmedia032807nr.cfm?RenderForPrint=1>
- Kluger, J. (June 12, 2008). How America's children packed on the pounds. *Time Magazine*. Retrieved November 24, 2008, from <http://www.time.com/time/printout/0,8816,1813700,00.htm>
- Moran, M. (2003). *Teasing is toxic when obese kids are the targets*. Retrieved January 15, 2009, from <http://pn.psychiatryonline.org/cgi/content/full/38/22/22>
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Resnick, M. D., & Blum, R. W. (1998). Lessons learned about adolescent nutrition from the Minnesota adolescent health survey. *Journal of the American Dietetic Association*, 98, 1449-1456.

- Oliwenstein, L. (June 12, 2008). Weighty issues for parents. *Time Magazine*. Retrieved November 24, 2008, from <http://www.time.com/time/printout/0,8816,1813953,00.htm>
- Park, A. (June 12, 2008). Overweight children: Living large. *Time Magazine*. Retrieved November 24, 2008, from <http://www.time.com/time/printout/0,8816,1813962,00.htm>
- Reaves, J. A. (March 14, 2001). Weighty issue: Ever-fatter kids. *Time Magazine*. Retrieved November 24, 2008, from <http://www.time.com/time/printout/0,8816,102443,00.htm>
- Thompson Medstat. (2003). *Childhood Obesity: Costs, treatment patterns, disparities in care, and prevalent medical conditions*. Retrieved December 15, 2008, from http://www.medstat.com/pdfs/childhood_obesity.pdf
- U.S. Department of Health and Human Services. (2007). *Childhood Obesity*. Retrieved April 20, 2007, from http://family.samhsa.gov/get/child_obesity.aspx?
- Wahl, R. (1999). Nutrition in the adolescent. *Pediatr Ann.* 28, 107-111.
- Walsh, B. (May 27, 2008). Child obesity rate levels off. *Time Magazine*. Retrieved November 24, 2008, from <http://www.time.com/time/printout/0,8816,1809829,00.htm>

Desarrollo cognoscitivo

- Adolescent Health Working Group (2008). *Behavioral health*. Retrieved July 19, 2009, from <http://www.ahwg.net/resources/toolkit.htm>
- Baron, J., & Brown, R.V. (1991). Toward improved instruction in decision making to adolescents: A conceptual framework and pilot program. In J. Baron & R.V. Brown (Eds.), *Teaching Decision Making to Adolescents* (pp. 95-122). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Beckman, M. (2004). Crime, culpability, and the adolescent brain. *Science*, 305, 596-599.
- Beyth-Marom, R., Austin, L., Fischhoff, B., Palmgren, C., & Jacobs-Quadrel, M. (1993). Perceived consequences of risky behaviors: Adults and adolescents. *Developmental Psychology*, 29(3), 549-563.
- Beyth-Marom, R., Fischhoff, B., Jacobs-Quadrel, M., & Furby, L. (1991). Teaching decision making to adolescents: A critical review. In J. Baron & R.V. Brown (Eds.), *Teaching Decision Making to Adolescents* (pp. 19-60). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Brady, S. S., & Halpern-Felsher, B. L. (2007). Adolescents' reported consequences of having oral versus vaginal sex. *Pediatrics*, 119, 229-236.
- Campbell, V. N., & Laskey, K. B. (1991). Institutional strategy for teaching decision making in schools. In J. Baron & R. V. Brown (Eds.), *Teaching Decision Making to Adolescents* (pp. 297-308). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Carris, M. J., Sheeber, L., & Howe, S. (1998). Family rigidity, adolescent problem-solving deficits, and suicidal ideation: A mediational model [Electronic version]. *Journal of Adolescence*, 21, 459-472.
- Cohn, L. D., Macfarlane, S., Yanez, C., & Imai, W. (1995). Risk-perception: Differences between adolescents and adults. *Health Psychology*, 14(3), 217-222.
- Elias, M. J., Branden-Muller, L. R., & Sayette, M. A. (1991). Teaching the foundations of social decision making and problem solving in the elementary school. In J. Baron & R. V. Brown (Eds.), *Teaching Decision Making to Adolescents* (pp. 161-185). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Epstein, J. A., Griffin, K. W., & Botvin, G. J. (2000). Role of general and specific competence skills in protecting inner-city adolescents from alcohol use [Electronic version]. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 379-386.
- Ernst, M., Pine, D., & Hardin, M. (2006). Triadic model of the neurobiology of motivated behavior in adolescence. *Psychological Medicine*, 36(3), 299-312.
- Eshel, N., Nelson, E. E., Blair, R. J., Pine, D., & Ernst, M. (2007). Neural substrates of choice selection in adults and adolescents: Development of the ventrolateral prefrontal and anterior cingulate cortices. *Neuropsychologica*, 45, 1270-1279.
- Fischhoff, B. (1992). Risk taking: A developmental perspective. In J.F. Yates (Ed.), *Risk-Taking Behavior* (pp. 133-162). Chichester, England: John Wiley & Sons.
- Fischhoff, B., Crowell, N. A., & Kipke, M. (1999). *Adolescent decision making: Implications for prevention programs*. Summary of a workshop. Washington, DC: National Academy Press.
- Ganzel, A. K. (1999). Adolescent decision making: The influence of mood, age, and gender on the consideration of information [Electronic version]. *Journal of Adolescent Research*, 14, 289-318.

- Giedd, J. N., Blumenthal, J., Jeffries, N. O., et al. (1999). Brain development during childhood and adolescence: A longitudinal MRI study. *Nature Neuroscience*, 2(10), 861-863.
- Giedd, J. N. (1997). Normal development. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 6, 265-282.
- Goldberg, J. H., Halpern-Felsher, B. L., & Millstein, S. G. (2002). Beyond invulnerability: The importance of benefits in adolescents' decision to drink alcohol. *Health Psychology*, 21, 477-484.
- Graumlich, G., & Baron, J. (1991). Teaching decision making in the city: Two experiences. In J. Baron & R. V. Brown (Eds.), *Teaching Decision Making to Adolescents* (pp. 147-160). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Halpern-Felsher, B., Cornell, J., Kropp, R., & Tschann, J. M. (2005). Oral versus vaginal sex among adolescents: Perceptions, attitudes, and behavior. *Pediatrics*, 115(4), 845-851.
- Halpern-Felsher, B., & Cauffman, E. (2001). Costs and benefits of a decision: Decision making competence in adolescents and adults. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 22, 257-273.
- Halpern-Felsher, B.L., Millstein, S. G., Ellen, J., Adler, N., Tschann, J., & Biehl, M. (2001). The role of behavioral experience in judging risks. *Health Psychology*, 20, 120-126.
- Igra, V., & Irwin, C. E. (1996). Theories of adolescent risk behavior. In Ralph J. DiClemente, William Bunker Hansen, Lynn E. Ponton (Eds.), *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior* (pp. 35-47). New York, NY: Springer.
- Keating, D. P. (1990). Adolescent thinking. In S. Feldman & G. Elliott (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 54-89). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Keating, D. (2004). Cognitive and brain development. *Handbook of adolescent psychology* (2nd ed.) (pp. 54-89). New York, NY: John Wiley & Sons, Inc..
- Krain, A. L., Hefton, S., Pine, D., Ernst, M., et al. (2006). An fMRI examination of developmental differences in the neural correlates of uncertainty and decision-making. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 47(10), 1023-1030.
- Kuther, T. L., & Higgins-D'Alessandro, A. (2000). Bridging the gap between moral reasoning and adolescent engagement in risky behavior. *Journal of Adolescence*, 23, 409-422.
- Laskey, K. B., & Campbell, V. N. (1991). Evaluation of an intermediate level decision analysis course. In J. Baron & R. V. Brown (Eds.), *Teaching Decision Making to Adolescents* (pp. 123-146). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lenroot, R. K., & Giedd, J. N. (2006). Brain development in children and adolescents: Insights from anatomical magnetic resonance imaging. *Neuroscience & Behavioral Reviews*, 30, 718-729.
- Marcotte, D., Alain, M., & Gosselin, M. J. (1999). Gender differences in adolescent depression: Gender-typed characteristics or problem-solving skills deficits? [Electronic version]. *Sex Roles: A Journal of Research*, 41(1), 31-48.
- Medline Plus. (2003). *Adolescent development*. Retrieved February 19, 2008, from <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002003.htm>
- Michels, T. M., Kropp, R. Y., Eyre, S. L., & Halpern-Felsher, B. L. (2005). Initiating sexual experiences: How do young adolescents make decisions regarding early sexual activity? *Journal of Research on Adolescence*, 15, 583-607.
- Millstein, S. G., & Halpern-Felsher, B. L. (2002). Judgments about risk and perceived invulnerability in adolescents and young adults. *Journal of Research on Adolescence*, 12 (4), 399.
- Public Broadcasting Service.(2002). *Inside the teenage brain: Interview with Mary Carskadon*. Retrieved January 18, 2007, from <http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/shows/teenbrain/interviews/carskadon.html>
- Public Broadcasting Service.(2002).*Inside the teenage brain: Introduction*. Retrieved January 18, 2007, from <http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/shows/teenbrain/etc/synopsis.html>
- Quadrel, M. J., Fischhoff, B., & Davis, Q. (1993). Adolescent (in)vulnerability. *American Psychologist*, 48(2), 102-116.
- Roth, J., & Brooks Gunn, J. (2000). *What do adolescents need for healthy development?: Implications for youth policy*. Social Policy Report. Society for Research in Child Development.
- Society for Neuroscience. (2007). *Brain briefings: The adolescent brain*. Washington, DC: Society for Neuroscience. Retrieved February 12, 2008, from: http://www.sfn.org/index.cfm?pagename=brainBriefings_Adolescent_brain
- Spear, L. P. (2000). Neurobehavioral changes in adolescence. *Current Directions in Psychological Science*, 9(4),111-114.
- Spear, L. P. (2000). The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience and Behavioral Reviews*, 24, 417-463.
- Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110.
- Steinberg, L. (2007). Risk taking in adolescence: New perspectives from brain and behavioral science. *Current Directions in Psychological Science*, 16(2), 55-59.

- Steinberg, L. (2001). We know some things: Parent-adolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 11(1), 1-19.
- Steinberg, L. & Levine, A. (1997). *You and your adolescent*. New York, NY: Harper Collins, 60-100, 139-155.
- St. Lawrence, J. S., Jefferson, K. W., Alleyne, E., O'Bannon III, R. E., & Shirley, A. (1995). Cognitive-behavioral intervention to reduce African American adolescents' risk for HIV infection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 221-237.
- Thompson, P. M., Giedd, J. N., Woods, R. P., et al. (2000). Growth patterns in the developing brain detected by using continuum mechanical tensor maps. *Nature*, 404(6774), 190-193.
- von Winterfeldt, D., & Edwards, W. (1986). *Decision analysis and behavioral research*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Walsh, J. (2004). *Why do they act that way?* New York, NY: Free Press, 28-100.
- Weinberger, D. R., Elvevag, B., & Giedd, J. N. (2005). The adolescent brain: A work in progress. *National Campaign to Prevent Teen Pregnancy*, 1-24.

El sueño en los adolescentes

- Baucum, D., & Craig, G. (1999). *Human Development*. New York, NY: Prentice Hal, 2-20.
- Public Broadcasting Service. (2002). *Inside the teenage brain: Adolescents and sleep*. Retrieved January 18, 2007, from <http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/shows/teenbrain/from/sleep.html>
- Public Broadcasting Service. (2002). *Inside the teenage brain: Interview with Mary Carskadon*. Retrieved January 18, 2007, from <http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/shows/teenbrain/interviews/carskadon.html>
- Public Broadcasting Service. (2002). *Inside the teenage brain: Introduction*. Retrieved January 18, 2007, from <http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/shows/teenbrain/etc/synopsis.html>
- Walrus Magazine. (2006). *Science: The teenage brain*. Retrieved July 19, 2007, from <http://www.walrusmagazine.com/print/2006.11-science-the-teenage-brain/>

Efectos de las drogas, el alcohol y el tabaco en el cerebro adolescente en desarrollo

- Bandy, T., & Moore, K.A. (2008). *What works for preventing and stopping substance abuse in adolescents: Lessons from experimental evaluations of programs and interventions*. Washington, DC: Child Trends.
- Epstein, J. A., Griffin, K. W., & Botvin, G. J. (2000). Role of general and specific competence skills in protecting inner-city adolescents from alcohol use [Electronic version]. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 379-386.
- Goldberg, J. H., Halpern-Felsher, B. L., Millstein, S. G. (2002). Beyond invulnerability: The importance of benefits in adolescents' decision to drink alcohol. *Health Psychology*, 21, 477-484.
- Grant, B. F., & Dawson, D. (1997). Age of onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse*, 9, 103-110.
- Hingson, R. W. (2006). *Early drinking linked to risk for alcohol dependence*. Retrieved April 19, 2007 from <http://pubs.ama-assn.org/media/2006a/0703.dtl>
- Slotkin, T. (2002). Nicotine and the adolescent brain: Insights from an animal model. *Neurotoxicology and Teratology*, 24, 369-384.
- Spear, L. P. (2002). *The adolescent brain and the college drinker*. Retrieved August 6, 2008 from http://www.jsad.com/jsad/article/The_Adolescent_Brain_and_the_College_Drinker_Biological_Basis_of_Propensit/1466.html

Desarrollo social y emocional

- Allen, J. P., Porter, M. R., & McFarland, F. C. (2005). The two faces of adolescents' success with peers: adolescent popularity, social adaptation, and deviant behavior. *Child Development*, 76(3), 747-760.
- Beyth-Marom, R., Austin, L., Fischhoff, B., Palmgren, C., & Jacobs-Quadrel, M. (1993). Perceived consequences of risky behaviors: Adults and adolescents. *Developmental Psychology*, 29(3), 549-563.
- Beyth-Marom, R., Fischhoff, B., Jacobs-Quadrel, M., & Furby, L. (1991). Teaching decision making to adolescents: A critical review. In J. Baron & R.V. Brown (Eds.), *Teaching decision making to adolescents* (pp. 19-60). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cillessen, A. H. N., & Rose, A. J. (2005). Understanding popularity in the peer system. *Current Directions in Psychological Science*, 14(2), 102-105.
- Cohn, L. D., Macfarlane, S., Yanez, C., & Imai, W. (1995). Risk-perception: Differences between adolescents and adults. *Health Psychology*, 14(3), 217-222.

- Eccles, J. S., Lord, S., Roeser, R. W., Barber, B., & Josefovich-Hernandez, D. (1997). The association of school transitions in early adolescence with developmental trajectories through high school. In J. Schulenberg, J. L. Maggs, & K. Hurrelmann (Eds.), *Health risks and developmental transitions during adolescence* (pp. 283-320). New York, NY: Cambridge University Press.
- Eccles, J. S., Midgley, C., Wigfield, A., et al. (1993). Development during adolescence. The impact of stage-environment fit on young adolescents' experiences in schools and in families. *American Psychologist*, *48*, 90-101.
- Furman, W., Bradford Brown, B., & Feiring, C. (1999). Missing the love boat: Why researchers have shied away from adolescent romance. In *The development of romantic relationships in adolescence* (pp. 1-16). New York, NY: Cambridge University Press.
- Ganzel, A. K. (1999). Adolescent decision making: The influence of mood, age, and gender on the consideration of information [Electronic version]. *Journal of Adolescent Research*, *14*, 289-318.
- Giordano, P. C., Longmore, M. A., & Manning, W. D. (2006). Gender and the meanings of adolescent romantic relationships: A focus on boys. *American Sociological Review*, *71*, 260-287.
- Grossman, L. (August 27, 2006). The secret love lives of teenage boys. *Time Magazine*. Retrieved May 18, 2008, from: <http://www.time.com/time/magazine/article/0,9171,1376235-1,00.html>
- Halpern-Felsher, B. L., Millstein, S. G., Ellen, J., Adler, N., Tschann, J., & Biehl, M. (2001). The role of behavioral experience in judging risks. *Health Psychology*, *20*, 120-126.
- Igra, V., & Irwin, C. E. (1996). Theories of adolescent risk behavior. In Ralph J. DiClemente, William Bunker Hansen, Lynn E. Ponton (Eds.), *Handbook of adolescent health risk behavior* (pp. 35-47). New York, NY: Springer.
- Jacobs, J. E., & Klaczynski, P. A. (2002). The development of judgment and decision making during childhood and adolescence. *Current Directions in Psychological Science*, *11*, 145-149.
- Kuther, T. L., & Higgins-D'Alessandro, A. (2000). Bridging the gap between moral reasoning and adolescent engagement in risky behavior. *Journal of Adolescence*, *23*, 409-422.
- Larson, R. W., Clove, G. L., & Wood, G. A. (1999). The emotions of romantic relationships: Do they wreak havoc on adolescents?. In W. Furman, B. B. Brown, & C. Feiring (Eds.), *The development of romantic relationships in adolescence* (pp. 19-43). New York, NY: Cambridge University Press.
- Maccoby, E. E. (1998). *The two sexes: Growing up apart*. Cambridge, MA: Belknap Press.
- Petersen, A. C., Richmond, J. B., & Leffert, N. (1993). Social changes among youth: The United States experience. *Journal of Adolescent Health*, *14*, 632-7, 697-702.
- Pruitt, D. (1999). *Your adolescent*. New York, NY: HarperResource, 9-20, 29-31, 36-38, 82.
- Resnick, M., Bearman, P. S., Blum, R. W., Bauman, K. E., et al. (1997). Protecting adolescents from harm: Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*, *278*(10), 823-832.
- Richards, M. H., Crowe, P. A., Larson, R., & Swarr, A. (1998). Developmental patterns and gender differences in the experience of peer companionship during adolescence. *Child Development*, *69*(1), 154-163.
- Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*, *28*, 78-106.
- Steinberg, L. (2007). Risk taking in adolescence: New perspectives from brain and behavioral science. *Current Directions in Psychological Science*, *16*(2), 55-59.
- Steinberg, L., & Levine, A. (1997). *You and your adolescent*. New York, NY: Harper Collins, 165-205.
- Steinberg, L., & Monahan, K. C. (2007). Age differences in resistance to peer influence. *Developmental Psychology*, *43*(6), 1531-1543.
- Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, *52*, 83-110.
- Walsh, J. (2004). *Why do they act that way?* New York, NY: Free Press, 210-228.
- Weinberger, D. R., Elvevag, B., & Giedd, J. N. (2005). The adolescent brain: A work in progress. *National Campaign to Prevent Teen Pregnancy*, 1-24.

Estrés en los adolescentes

- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. (2008). *The depressed child*. Retrieved August 25, 2008, from http://www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/the_depressed_child
- American Academy of Child & Adult Psychiatry. (2008). *Helping teenagers with stress*. Retrieved August 25, 2008 from <http://www.aacap.org/page.wv?name=Helping+Teenagers+with+Stress&Section=Facts+for+Families>
- American Academy of Pediatrics. (2008). *Create a personal stress management guide*. Retrieved August 25, 2008 from <http://www.aacap.org/stress/teen1-a.cfm>

- American Academy of Pediatrics. (2008). *Building resilience—a teen's plan*. Retrieved August 25, 2008 from <http://www.aacap.org/stress/teen1-a.cfm>
- Garmezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Journal of Behavioral Sciences*, 34, 416-430.
- Haggerty, J., Lonnie, R., Garmezy, N., & Rutter, M. (1996). *Stress, risk and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms and interventions*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Haggerty, R. J. (1994). *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Kendler, K. S., & Karkowski-Shuman, L. (1997). Stressful life events and genetic liability to major depression: Genetic control of exposure to the environment? *Psychological Medicine*, 27, 539-547.
- Nemours Foundation. (2007). *Stress*. Retrieved August 25, 2008, from <http://kidhealth.org>
- Think Quest. (2007). *Stress: Physical causes and effects*. Retrieved August 25, 2008, from <http://library.thinkquest.org/13561/english/physical.html>

Acoso escolar o Bullying

- American Medical Association. (2004). *Featured report: Bullying behaviors among children and adolescents*. Retrieved February 20, 2009, from <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/print/14312.html>
- American Psychological Association. (2007). *School bullying is nothing new, but psychologists identify new ways to prevent it*. Accessed February 20, 2009, at <http://www.psychologymatters.org/bullying.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2004). *School bullying and teen bullying statistics*. Retrieved February 20, 2009, at <http://www.familyfirstaid.org/bullying.html>
- Frisen, A., Jonsson, A., & Persson, C. (2007). Adolescents' perceptions of bullying: who is the victim? Who is the bully? What can be done to stop bullying? *Adolescence*, 42(168), 749-61.
- Juvonen, J., Graham, S., & Schuster, M. (2003). Bullying among young adolescents: The strong, the weak, and the troubled. *Pediatrics*, 112, 1231-37. Retrieved February 20, 2009, from <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/112/6/1231>
- Klomek, A. B., Kleinman, M., et al. (2007). Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 40-49.
- Kowalski, R. M., & S. P. Limber (2007) Electronic Bullying Among Middle School Students. *Journal of Adolescent Health*, 41, S22-S30.
- Walsh, J. (2004). *Why do they act that way?* New York, NY: Free Press, 100-108.

Formar una identidad

- Allen, J. P., Porter, M. R., & McFarland, F. C. (2005). The two faces of adolescents' success with peers: adolescent popularity, social adaptation, and deviant behavior. *Child Development*, 76(3), 747-760.
- Block, J., & Robins, R. W. (1993). A longitudinal study of consistency and change in self-esteem from early adolescence to early adulthood. *Child Development*, 64, 909-923.
- Bloomberg, L., Meyers, J., & Braverman, M. T. (1994). The importance of social interaction: A new perspective on social epidemiology, social risk factors, and health. *Health Education & Behavior*, 21, 447-463, discussion 465-469.
- Cillessen, A. H., & Rose, A. J. (2005). Understanding popularity in the peer system. *Current Directions in Psychological Science*, 14(2), 102-105.
- Connell, J. P., & Wellborn, J. G. (1991). *Competence, autonomy, and relatedness: A motivational analysis of self-system processes*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- D'Augelli, A. (2006). Developmental and contextual factors and mental health among lesbian, gay, and bisexual youths. In A.E. Omoto & H.M. Kurtzman (Eds.), *Sexual orientation and mental health: Examining identity and development in lesbian, gay, and bisexual people* (pp. 37-53). Washington, DC: American Psychological Association.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York, NY: Plenum Press.
- Dweck, C. S., & Leggett, E. L. (1988). A social-cognitive approach to motivation and personality. *Psychological Review*, 95(2), 256-273.
- Hughes, D., Smith, E. P., Steven, H. C., Rodriquez, J., Johnson, D. J., & Spicer, P. (2006). Parents' ethnic-racial socialization practices: A review of research and directions for future study. *Developmental Psychology*, 42, 747-770.

- National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. (2007). *Kiss and tell: What teens say about love, trust and other relationship stuff*. Retrieved April 2, 2009, from http://www.thenationalcampaign.org/resources/pdf/pubs/kiss_tell.pdf
- Pitzer, R. L. (2000). *Authoritative parenting involves balance*. Retrieved September 9, 2008, from <http://www.cyfc.umn.edu/family/resources/authpar.html>
- Seligman, M. E., Kamen, L. P., & Nolen-Hoeksema, S. (1988). Explanatory style across the life span. In E. M. Hetherington, R. M. Lerner, & M. Perlmutter (Eds.), *Child development in life-span perspective* (pp. 91-114). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Skinner, E. A., & Wellborn, J. G. (1997). Children's coping in the academic domain. In S. A. Wolchik & I. N. Sandler (Eds.), *Handbook of children's coping with common stressors: Linking theory and intervention* (pp. 387-422). New York, NY: Plenum.
- Skinner, E. A., Zimmer-Gembeck, M. J., Connell, J. P., Eccles, J. S., & Wellborn, J. G. (1998). Individual differences in the development of perceived control. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 63(2/3), i-231.
- Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110.
- Steinberg, L. (2007). Risk taking in adolescence: New perspectives from brain and behavioral science. *Current Directions in Psychological Science*, 16(2), 55-59.
- Steinberg, L., & Levine, A. (1997). *You and your adolescent*. New York, NY: Harper Collins, 155-205, 299-314.
- Walsh, J. (2004). *Why do they act that way?* New York, NY: Free Press, 229-247.
- Weinberger, D. R., Elvevag, B., & Giedd, J. N. (2005). The adolescent brain: A work in progress. *National Campaign to Prevent Teen Pregnancy*, 1-24.
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92, 548-573.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York, NY: Springer-Verlag.

Salud mental

- ACT for Youth Center of Excellence. (2008). *Research Facts and Findings*. ACT for Youth Center of Excellence. Retrieved June 3, 2009, from http://www.actforyouth.net/documents/MentalHealth_Dec08.pdf
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2008) *Facts for Families: Teen Suicide*. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Retrieved June 4, 2009, from http://www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/teen_suicide
- National Institute of Mental Health. (2009). *Suicide in the U.S.: Statistics and Prevention*. National Institute of Mental Health. Retrieved June 4, 2009, from <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/suicide-in-the-us-statistics-and-prevention/index.shtml>
- U.S. Department of Health and Human Services. (1999). *Mental health: A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Whitlock, J., & Schantz, K. (2008). *Mental Illness and Mental Health in Adolescence*. *Research Facts and Findings*. Retrieved June 4, 2009, from http://www.actforyouth.net/documents/MentalHealth_Dec08.pdf

Sexualidad

- Adolescent Health Working Group. (2007). *Sexual health*. Retrieved July 19, 2008, from <http://www.ahwg.net/resources/toolkit.htm>
- American Psychological Association Online. (2007). *Just the facts about sexual orientation and youth: A primer for principals, educators and school personnel*. Washington, DC: American Psychological Association. Retrieved April 25, 2007, from <http://www.apa.org/pi/lgbcp/publications/justthefacts.html>
- Brady, S. S., & Halpern-Felsher, B. L. (2007). Adolescents' reported consequences of having oral versus vaginal sex. *Pediatrics*, 119, 229-236.
- Brooks-Gunn, J., & Paikoff, R. (1999). Sexuality and developmental transitions during adolescents. In J. Schulenberg, J. Maggs, & K. Hurrelmann (Eds.) *Health risks and developmental transitions during adolescence* (pp. 190-217). New York, NY: Cambridge University Press.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2008). *National Survey of Family Growth Reports (2007)*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved December 5, 2008, from <http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nsfgcycle6reports.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2007). *Sexual risk behaviors*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services (HHS). Retrieved May 15, 2007, from <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/sexualbehaviors/index.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2007). *Teen birth rate rises for first time in 14 years*. Washington, DC: U.S. De-

- partment of Health and Human Services (HHS). Retrieved December 7, 2007, from <http://www.cdc.gov/nchs/pressroom/07newsreleases/teenbirth.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2008). *Teen sexual activity increases, contraceptive use decreases: Results from the 2007 Youth Risk Behavioral System*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services (HHS). Retrieved June 5, 2009, from <http://www.cdc.gov/healthyyouth/yrbs/>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2006). *Youth risk behavior surveillance-United States, 2005*. Morbidity & Mortality Weekly, Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services (HHS).
- Centers for Disease Control and Prevention. (2008). *Youth risk behavior surveillance-United States, 2007*. Morbidity & Mortality Weekly, Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services (HHS).
- Cosgrove, K.P., Mazure, C.M., & Staley, J.K. (2007). Evolving knowledge of sex differences in brain structure, function, and chemistry. *Biological Psychiatry*, 62, 847-855.
- Dillorio, C., Dudley W.N., Soet, J.E., et al. (2004). Sexual possibility situations and sexual behaviors among young adolescents: the moderating role of protective factors. *Journal of Adolescent Health*, 35(6), 528.
- Franzetta, K., Terry-Humen, E., & Manlove, J. (2006). Trends and recent estimates: Contraceptive use among U.S. teens. *Child Trends*, 1-7.
- Gordon, C.P. (1996). Adolescent decision making: A broadly based theory and its application to the prevention of early pregnancy [Electronic version]. *Adolescence*, 31, 561-584.
- Grossman, L. (August 27, 2006). The secret love lives of teenage boys. *Time Magazine*. Retrieved June 30, 2008, from <http://www.time.com/time/printout/0,8816,1376235,00.htm>
- Jemmott III, J. B., Jemmott, L. S., & Fong, G. T. (1998). Abstinence and safer sex HIV risk-reduction interventions for African American adolescents: A randomized controlled trial [Electronic version]. *The Journal of the American Medical Association*, 279(19), 1529-1536.
- Kelley, S. S., Borawski, E. A., Flocke, S. A., & Keen, K. J. (2003). The role of sequential and concurrent sexual relationships in the risk of sexually transmitted diseases among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 32(4), 296-305.
- Medline Plus. (2007). *Teenage pregnancy*. Retrieved March 30, 2008, from <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/teenagepregnancy.htm>
- Michels, T. M., Kropp, R. Y., Eyre, S. L., & Halpern-Felsher, B.L. (2005). Initiating sexual experiences: How do young adolescents make decisions regarding early sexual activity? *Journal of Research on Adolescence*, 15, 583-607.
- Mosher, W. D., Chandra, A., & Jones, J. (2005). *Sexual behavior and selected health measures: Men and women 15-44 years of age, United States. Advance data from vital and health statistics; no 362*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. (2005). *Freeze frame: A snapshot of American teens*. Retrieved April 2, 2009, from <http://www.ahwg.net/resources/toolkit.htm>
- National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. (2006). *It's a guy thing: Boys, young men, and teen pregnancy prevention*. Retrieved April 2, 2009, from http://www.thenationalcampaign.org/resources/pdf/pubs/Guy_Thing.pdf
- National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. (2004). *Science says: Parental influence and teen pregnancy*. Washington: DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Retrieved April 2, 2009, from http://www.thenationalcampaign.org/resources/pdf/pubs/WOV2007_fulltext.pdf
- National Campaign to Prevent Teen Pregnancy (2007). *With one voice 2007: America's adults and teens sound off about teen pregnancy*. Retrieved April 2, 2009, from http://www.thenationalcampaign.org/resources/pdf/pubs/WOV2007_fulltext.pdf
- Nemours Foundation. (2009). *When your teen is having a baby*. Retrieved December 5, 2008, from http://www.kidshealth.org/parent/positive/talk/teen_pregnancy.html
- Norton, A. (February 5, 2007). *Sex of any kind can harm teens emotionally*. Reuters Health. Retrieved February 8, 2007, from http://www.chc.ucsf.edu/archives/archive_Sexofanykind.htm
- Ponton, L. E., & Judice, S. (2004). Typical adolescent sexual development. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, 13, 497-511.
- Prinstein, M. J., Meade, C., & Cohen, G. L. (2003). Adolescent oral sex, peer popularity, and perceptions of best friends' sexual behavior. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(4), 243-249.
- Pruitt, D. (1999). *Your adolescent*. New York, NY: HarperResource, 20-22, 31-34, 90-93.
- SIECUS Family Project. (2004). Families are talking: What is normal sexual development? Retrieved April 2, 2009, from http://www.siecus.org/_data/global/images/FAT_Newsletter_V3N4.pdf

- SIECUS Family Project. (2004). *Families are talking: Why it's important to talk about sexual orientation*. Retrieved April 2, 2009, from http://www.siecus.org/_data/global/images/FAT_Newsletter_V3N2.pdf
- Stein, Rob. (June 5, 2008). Decline in teen sex levels off, survey shows. *Washington Post*. Retrieved June 6, 2008, from <http://cdc-npin.org/scripts/display/NewsDisplay.asp?NewsNbr=51007>
- Steinberg, L., & Levine, A. (1997). *You and your adolescent*. New York, NY: Harper Collins, 102-120.
- Terry-Humen, E., Manlove, J., & Cottingham, S. (2006). Trends and recent estimates: Sexual activity among U.S. teens. *Child Trends*, 1-8.
- Walsh, J. (2004). *Why do they act that way?* New York, NY: Free Press, 108-136.
- WebMD Medical News. (2008). *Rate of teenage births leaps 3%; births to single moms hit historic highs*. Retrieved December 4, 2008 from <http://www.webmd.com/news/20080711/teen-pregnancy-rates-edige-higher>
- WebMD Medical News. (2008). *Teen pregnancy: Medical risks and realities*. Retrieved December 4, 2008, from <http://www.webmd.com/baby/teen-pregnancy-medical-risks-and-realities?page=2>

Religión y espiritualidad

- Bachman, J. G., Johnston, L. D., & O'Malley, P. M. (2007). *Monitoring the future: National survey results on drug use*. Retrieved October 15, 2008, from <http://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=191071>
- Denton, M. L., Pearce, L. D., & Smith, C. (2008). *Religion and spirituality on the path through adolescence. Research report number 8*. National Study of Youth and Religion, University of North Carolina at Chapel Hill.
- Erickson, J. (1992). Adolescent religious development and commitment. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 31(2), 131-152.
- Nonnemaker, J., McNeely, C., & Blum, R. W. (2006). Public and private domains of religiosity and adolescent smoking transitions. *Social Science and Medicine*, 62, 3084-3095.
- Ream, G. L., & Witt, P. A. (2003). Organizations serving all ages. In S.F. Hamilton & M. A. Hamilton (Eds.), *Handbook of Youth Development* (pp. 49-74). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Regnerus, M. (2002). Religion and positive adolescent outcomes: A review of research and theory. *Review of Religious Research*, 44(4), 394-413.
- Regnerus, M., & Elden, G. H. (2003). Religion and vulnerability among low-risk adolescents. *Social Science Research*, 32(4), 633-658.
- Regnerus, M., Smith, C., & Fritsch, M. (2003). Religion in the lives of American adolescents: A review of the literature. *Research report number 3*. National Study of Youth and Religion, University of North Carolina at Chapel Hill.
- Regnerus, M., Smith, C., & Smith, B. (2004). Social context in the development of adolescent religiosity. *Applied Developmental Science*, 8(1), 27-38.
- Regnerus, M., & Uecker, J. (2006). Finding faith, losing faith: The prevalence and context of religious transformations during adolescence. *Review of Religious Research*, 47(3), 217-237.
- Regnerus, M., & Smith, C. (2005). Selection effects in studies of religious influence. *Review of Religious Research*, 47(1), 23-50.
- Rostosky, S., Regnerus, M., & Comer Wright, M. (2003). Coital debut: The role of religiosity and sex attitudes in the Add Health Survey. *The Journal of Sex Research*, 40(4), 358-367.
- Smith, C. (2003). Theorizing religious effects among American adolescents. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 46(1), 17-30.
- Smith, C., Denton, M., Faris, R., & Regnerus, M. (2002). Mapping American adolescent religious participation. *Association for the Sociology of Religion*, 41(4), 597-612.
- Smith, C., & Faris, R. (2002). Religion and the life attitudes and self-images of American adolescents. *Research report number 2*. National Study of Youth and Religion, University of North Carolina at Chapel Hill
- Smith, C., & Kim, P. (2003). Family religious involvement and the quality of parental relationships for families with early adolescents. *Research report number 5*. National Study of Youth and Religion, University of North Carolina at Chapel Hill.
- Wilson, M. (2006). Religion and spirituality at the end of life: A lifespan approach. In E. Dowling and W.G. Scarlett (Eds.), *Encyclopedia of spiritual and religious development in childhood and adolescence* (pp. 141-142). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

