



COST-EFFECTIVENESS STUDY OF MENTAL HEALTH RADIO PROGRAM AND WORKSHOPS FOR JUVENILE OFFENDERS IN MEXICO

Reinserta LAB

Marina Flores Camargo
Reinserta LAB Director

Julieta Patricia Gutiérrez Suárez
Monitoring & Evaluation Leader
Chief Economist

Glenda María Burgoa Jauregui
Sustainability Coordinator
Cost-effectiveness' specialist

RECOGNITIONS

The technical activity reported in this study, as well as its complete creation, has been under the responsibility of Reinserta LAB.

DISCLAIMER OF RESPONSIBILITY

This study was made possible thanks to the support of *Grand Challenges Canada*. The content of this study is the sole responsibility of Reinserta un Mexicano A.C.

COST–EFFECTIVENESS STUDY OF MENTAL HEALTH RADIO PROGRAM AND WORKSHOPS FOR JUVENILE OFFENDERS IN MEXICO

ESTUDIO DE COSTO–EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE RADIO Y TALLERES ENFOCADOS EN SALUD MENTAL DIRIGIDOS A ADOLESCENTES Y JÓVENES EN CONFLICTO CON LA LEY EN MÉXICO

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	6
APARTADO I. MARCO CONTEXTUAL	11
I.1. PANORAMA ESTADÍSTICO	13
I.1.1. PANORAMA SOBRE DELINCUENCIA EN EL ESTADO DE MÉXICO	13
I.1.2. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DEL CENTRO DE INTERNAMIENTO PARA ADOLESCENTES “QUINTA DEL BOSQUE”	19
I.1.3. PANORAMA SOBRE SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES	21
I.2. CONFRONTA COSTOS–SERVICIOS DEL CENTRO DE INTERNAMIENTO PARA ADOLESCENTES “QUINTA DEL BOSQUE”	25
APARTADO II. COSTOS	32
II.1. COSTOS DIRECTOS	33
II.1.1. MONTAJE DE DISEÑO	34
II.1.2. MODIFICACIONES DOCUMENTADAS	35
II.1.2.1. REMUNERATION (REMUNERACIÓN A PERSONAL DE REINSERTA)	35
II.1.2.2. FEES SUBCONTRACTORS (HONORARIOS – SUBCONTRATISTAS)	38
II.1.2.3. TRAVEL COSTS (VIÁTICOS)	39
II.1.2.4. GOODS AND SUPPLIES (BIENES Y SUMINISTROS)	42
II.1.2.5. EQUIPMENT COSTS (EQUIPO)	45
II.1.2.6. PROJECT ADMINISTRATION COSTS (GASTOS DE ADMINISTRACIÓN)	45

II.1.3. PRESUPUESTO EJERCIDO	47
II.2. COSTOS INDIRECTOS	48
II.2.1. MONTAJE DE DISEÑO	48
II.2.2. MODIFICACIONES DOCUMENTADAS	49
II.2.3. PRESUPUESTO EJERCIDO	49
II.3. NON COST EXTENSION	50
II.3.1. REMANENTE PRESUPUESTAL HASTA SEPTIEMBRE 2022 Y PRESUPUESTO POR EJERCER DURANTE EL ÚLTIMO TRIMESTRE DE LA GESTIÓN 2023	50
II.3.2. PRESUPUESTO EJERCIDO DURANTE EL ÚLTIMO TRIMESTRE DE LA GESTIÓN 2022	51
II.3.3. PRESUPUESTO EJERCIDO DURANTE EL ÚLTIMO TRIMESTRE DEL AÑO 2022 Y LA GESTIÓN 2023	52
II.4. IDENTIFICACIÓN DE LAS METAS FUNDAMENTALES DEL PROGRAMA EN CUANTO A LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS	53
II.5. COSTOS INTANGIBLES	55
II.5.1. METODOLOGÍA PARA LA ESTIMACIÓN DE COSTOS INTANGIBLES	57
II.5.1.1. INSTRUMENTO PARA LA ESTIMACIÓN DE COSTOS INTANGIBLES	58
II.5.1.1.1. DEFINICIONES CONCEPTUALES Y SU RELACIÓN CON COSTOS INTANGIBLES	58
II.5.1.1.2. DEFINICIONES OPERACIONALES	62
II.5.2. LEVANTAMIENTO	80
II.5.3. RESULTADOS	83
APARTADO III. EFECTIVIDAD	98
III.1. TRASLADO DE LOS FINES EN DIMENSIONES OPERATIVAS	98
III.1.1. MEDIDAS DE EFECTIVIDAD	101
III.1.1.1. WHO-FIVE WELL-BEING INDEX (WHO-5)	101
III.1.1.2. PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)	101
III.1.1.3. REVISED CHILDREN'S ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (RCADS)	102

III.1.1.4. ATTITUDE TOWARD SEEKING PROFESSIONAL PSYCHOLOGICAL HELP SCALE-SHORT (ATSPPHS)	102
III.1.1.5. ESCALA DE PERCEPCIÓN DE LA POSIBILIDAD DE CAMBIO	102
III.2. MODELADO DE LA INTERVENCIÓN	103
III.2.1. CADENAS DE MÁRKOV	104
III.2.1.1. CADENA SOBRE LA MEJORA SIGNIFICATIVA DEL BIENESTAR GENERAL	105
III.2.1.2. CADENAS SOBRE LA DISMINUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	109
III.2.1.3. CADENA SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA POSIBILIDAD DE CAMBIO	128
III.2.1.4. PERCEPCIÓN POSITIVA HACIA LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL	134
APARTADO IV. COSTO – EFECTIVIDAD	142
IV.1. RAZÓN DE COSTO – EFECTIVIDAD	142
IV.1.1. RAZÓN SOBRE LA MEJORA SIGNIFICATIVA DEL BIENESTAR GENERAL	143
IV.1.2. RAZONES SOBRE LA DISMINUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	143
IV.1.3. RAZÓN SOBRE LA PERCEPCIÓN POSITIVA HACIA LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL	144
IV.1.4. RAZÓN SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA POSIBILIDAD DE CAMBIO	145
IV.1.5. COMPARABILIDAD ENTRE LAS RAZONES DE COSTO-EFECTIVIDAD	145
IV.2. INDICADOR DE COSTO-EFECTIVIDAD DEL MARCO DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS BASADO EN RESULTADOS (RMAF)	146
IV.2.1. REDUCCIÓN DE COSTOS PARA LAS Y LOS BENEFICIARIOS	147
IV.2.2. OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS	147
IV.2.3. RÉPLICA EN QB SERÁ MÁS ECONÓMICA	148
APARTADO V. COMPARACIÓN DE ALTERNATIVAS	150
V.1. ELECCIÓN DE ALTERNATIVAS	150
V.2. ALTERNATIVAS COMPARABLES	151
V.2.1. RADIO LIBREMENTE	152

V.2.2. UNA VIDA DIFERENTE	161
V.2.3. ONDA CEREBRAL	166
V.2.4. ECOS INTRAMUROS	170
V.2.5. VOCES DE LIBERTAD	175
V.2.6. EL ZAPATO ROTO	181
V.2.7. RADIO ABIERTA AMBULANTE	186
V.3. EVALUACIÓN COMPARATIVA DE ALTERNATIVAS	191
V.3.1. SEMAFORIZACIÓN DE COINCIDENCIA	191
V.3.1.1. METODOLOGÍA	191
V.3.1.2. RESULTADOS	195
V.3.2. COST-EFFECTIVENESS PLAN	199
V.3.2.1. COST-EFFECTIVENESS PLAN BY BROADCASTING OF PODCASTS	201
V.3.2.2. COST-EFFECTIVENESS PLAN BY COVERAGE OF BENEFICIARIES	202
APARTADO VI. INTERVENCIÓN PIONERA	205
ANEXO TÉCNICO 1. TIPO DE CAMBIO	211
ANEXO TÉCNICO 2. VALIDEZ Y CONFIANZA DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36	212
REFERENCIAS	218

INTRODUCCIÓN

Un estudio de costo–efectividad, también denominado análisis de costo–efectividad, es una de las formas más comunes de llevar a cabo una evaluación económica de las intervenciones, destinada a determinar cuáles resultan prioritarias para maximizar el beneficio producido por los recursos económicos disponibles (Prieto, *et al.*, 2004).

En ese sentido, el estudio de costo–efectividad constituye una técnica analítica que compara los costos de un proyecto con los beneficios resultantes, no expresados en la misma unidad de medida. Los costos son usualmente traducidos a unidades monetarias, pero los beneficios o efectos pueden ser "vidas salvadas" o cualquier otro tipo de objetivos (Cohen & Franco, 1990).

En otras palabras, el análisis costo–efectividad es una forma de evaluación económica que compara los efectos positivos o negativos de un mismo programa o intervención, valorando los costos en unidades monetarias y los beneficios en unidades de efectividad que dependen de lo que se está evaluando (León, *et al.*, 2005).

Conviene agregar que la utilización del estudio costo–efectividad, permite superar las limitaciones del análisis costo–beneficio, fundamentalmente porque, como ya se mencionó, no impone como prerrequisito que los productos del proyecto deban ser traducidos a moneda. Tanto el análisis de costo–efectividad como el costo–beneficio buscan maximizar el logro de los objetivos de la intervención, mientras el costo–efectividad no necesariamente tiene que expresar los beneficios en unidades monetarias, ello es una exigencia ineludible en el costo–beneficio (Cohen & Franco, 1990).

En síntesis, si los resultados se miden en unidades monetarias se trata de costo–beneficio; en cambio, si se miden en las unidades consustanciales a la intervención en estudio (por ejemplo, vidas salvadas, años de vida ganados, enfermedades prevenidas, casos diagnosticados, unidades naturales, entre otros) se trata de costo–efectividad. En ese tenor, el estudio de costo–efectividad permite identificar las intervenciones que alcanzarían el mayor impacto en la población con relación a los recursos invertidos en ellas (Cabo, *et al.*, 2018; Ministerio de Salud de Chile, 2010).

Frente a las premisas anteriores, el objetivo del presente estudio de costo–efectividad es establecer relaciones entre los costos y la efectividad del “Programa de radio y talleres enfocados en salud mental dirigidos a adolescentes y jóvenes en conflicto con la ley en México”, con la finalidad de demostrarse como una intervención costo–efectiva, que maximiza el logro de sus metas con los recursos disponibles.

Como se observará durante el recorrido del estudio, particularmente, en el área de la salud mental, las decisiones de cómo asignar los recursos conllevan un cierto nivel de complejidad, ello porque las problemáticas asociadas a la salud mental son frecuentes, discapacitantes y de muy larga duración (Lara, *et al.*, 2010); además, este tipo de problemáticas rara vez son consideradas como problemas públicos. Por ello, los estudios de costo–efectividad se han convertido en una herramienta necesaria para la asignación de los recursos en esta área.

En las políticas de salud mental se han planteado algunas preguntas sobre la relación costo–efectividad de las intervenciones para el tratamiento de algunas problemáticas. Estas preguntas se responden con evidencia generada por tareas de investigación específicas, por ejemplo, ante la pregunta “¿cuál es la importancia de la salud mental?”, la tarea de

investigación es estimar el impacto de la enfermedad e identificar otras consecuencias sociales y económicas de la misma. Por otro lado, una segunda interrogante, más *ad hoc* a la técnica que se revisará en este documento sería: “¿cuáles son las mejores estrategias de intervención considerando la relación costo–efectividad?”, la cual implica integrar los costos y la efectividad de las intervenciones y especificar los paquetes esenciales, estableciendo prioridades basadas en evidencias de costo–efectividad para la asignación de recursos en el cuidado de la salud mental (Lara, *et al.*, 2010).

Adicionalmente, respecto al momento de la intervención en el que los estudios de costo–efectividad pueden efectuarse se tienen como referencia los estudios *ex–ante* y/o *ex–post*. La primera busca generar un criterio cualitativo que permite la aceptación o rechazo del proyecto de intervención y jerarquizar los proyectos aceptables. La segunda, en cambio, se realiza durante el proceso de implementación de la intervención o después de su implementación (Cohen & Franco, 1990).

El estudio presentado en este documento es de naturaleza *ex–post*, esto hace referencia a que su desarrollo se enfocó en el momento de implementación del proyecto y la finalización de este. Este tipo de estudio permite, por un lado, dotar de argumentos a la estrategia de replicabilidad del proyecto y, por otro lado, diseñar intervenciones que persigan fines semejantes.

Ahora bien, este estudio se estructura por seis apartados: I. Marco contextual; II. Costo; III. Efectividad; IV. Costo–efectividad; V. Comparación de alternativas; VI. Consideraciones finales.

El primer apartado referente al **marco contextual** aporta la descripción del entorno que acompaña la intervención, también

denominado *espacio de intervención* o *escenario de interés*, mediante particularidades y argumentos cuantitativos y cualitativos (Blaxter, *et al.*, 2000). Por tanto, delimita la situación que presenta el escenario de interés a través del cual se implementó la intervención de Reinserta.

El apartado de **costo** busca definir los costos de la intervención de Reinserta, esto es, cualquier bien tangible o intangible, susceptible de ser costeadado o tener valor (Sánchez, 2009). Buena parte de estos costos (directos e indirectos) ya se encuentran definidos dentro de la guía presupuestaria que fue presentada ante *Grand Challenges Canada*, por tanto, será la principal fuente de información que alimentará este apartado. Además, se agregan costos comúnmente conocidos como “intangibles”, los cuales están relacionados con sensaciones y emociones de quienes sufren tales problemáticas, si bien resultan difíciles de estimar, no son menos importantes que los anteriores (Aponte, *et al.*, 2011). Por último, este apartado cierra con la identificación de las metas fundamentales de la intervención de Reinserta en cuanto a la asignación de recursos.

El apartado de **efectividad** se enfoca en analizar la efectividad como la medida del resultado obtenido por la intervención de Reinserta, sin tener un contrafactual que estime el impacto de la implementación, sino en condiciones habituales de actuación. En ese sentido, la efectividad mide la capacidad real de la intervención para obtener un resultado positivo en el estado de salud mental de la población beneficiaria (Cabo, *et al.*, 2018). Por lo antedicho, en este apartado se desglosan las medidas de efectividad que corresponden al logro de los fines que persigue el proyecto en cuestión, ello a partir del traslado de los fines en dimensiones operativas, y del modelado de la intervención a través de cadenas de Márkov.

El apartado **costo-efectividad** une los costos y la efectividad del proyecto. Se calcula la razón costo-efectividad, de esta forma, se evalúa la relación existente entre los costos de la intervención y su efectividad. Además, este apartado abarca la estimación del indicador de costo-efectividad del Marco de gestión y rendición de cuentas basado en resultados (RMAF, por sus siglas en inglés).

El apartado de **comparación de alternativas** se enfoca en comparar otros programas –nacionales e internacionales– con la perspectiva de sus costos y de los efectos que ellos generan, principalmente para apoyar el proceso de toma de decisiones sobre la implementación (Iragorri & Triana, 2015). La primera sección de este apartado muestra la elección de alternativas, con la descripción de cada alternativa; los costos en que incurre cada una de ellas; y las medidas de efectividad evaluadas. La segunda sección consiste en la evaluación comparativa, en esta, se someten las alternativas a una *semaforización de coincidencia*, la cual evalúa el grado de coincidencia de los medios implementados en la intervención de Reinserta con los de las alternativas seleccionadas. Posteriormente, se construye el Indicador de relación costo-efectividad entre alternativas mediante el plano de costo-efectividad, una de las técnicas más usuales para evidenciar dicha relación.

Por último, a modo de conclusión, los resultados de este estudio permiten argumentar que la innovación de Reinserta es una **intervención pionera**.

APARTADO I. MARCO CONTEXTUAL

El presente marco contextual describe el entorno que acompaña al “Programa de radio y talleres enfocados en salud mental dirigidos a adolescentes y jóvenes en conflicto con la ley en México”, implementado por Reinserta. Este entorno, por un lado, contempla información relativa al Estado de México, ya que es la entidad federativa que alberga al espacio de intervención, por otro lado, profundiza en las particularidades que componen el Centro de Internamiento para Adolescentes “Quinta del Bosque” (ubicado en Zinacantepec, Estado de México), puesto que es el lugar exacto donde se implementó el programa.

Acorde con el Gobierno del Estado de México (2021), el Sistema Penitenciario del Estado de México sólo cuenta con un Centro de Internamiento para Adolescentes¹. Por tanto, puede asumirse que toda la información pública oficial² sobre los Centros de Internamiento para Adolescentes, cuyo espectro de análisis es a nivel estatal (sin desagregación por Centro o municipio), al tratarse de Estado de México, abarca únicamente al Centro de Internamiento para Adolescentes “Quinta del Bosque”.

Ahora bien, vale la pena precisar que este marco contextual tiene como único propósito situar el análisis a través de estadísticas sobre delincuencia y salud mental, muchas de las cuales representan la generalidad de la población, o bien, la población adulta. A la luz, se espera que la incorporación de este panorama estadístico no llegue a

¹ Dato consistente con el *Informe especial de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre los Centros de tratamiento interno para adolescentes que infringen la Ley Penal de la República Mexicana*.

² Reportada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, el Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como por el Gobierno del Estado de México.

interpretarse como que la intervención de Reinserta busca incidir en dichos indicadores, en vista de que el alcance del programa se encuentra focalizado en población adolescente que se encuentra en condición de internamiento.

Hecha esta salvedad, el presente marco contextual se desarrolla en dos momentos. El primero de ellos devela un panorama estadístico, tanto del Estado de México, como del Centro de Internamiento para Adolescentes “Quinta del Bosque”, en tres secciones. La **primera sección**, plantea las estadísticas más significativas sobre delincuencia en el Estado de México: incidencia delictiva, prevalencia delictiva, percepción sobre la inseguridad pública y delincuencia juvenil. La segunda sección, detalla el perfil sociodemográfico del Centro de Internamiento para Adolescentes “Quinta del Bosque”. La tercera sección, expone algunas estadísticas sobre salud mental en adolescentes, tales como preocupación o nerviosismo, depresión, ansiedad y suicidio, cerrando con el diagnóstico operativo de atención de la salud mental en el Estado de México.

El segundo momento muestra la descripción de los costos en los que incurre el Centro de Internamiento para Adolescentes “Quinta del Bosque”, frente a:

1. La población que atienden, ya que es población presuntamente elegible para la intervención de Reinserta.
2. Los servicios que ofrece a su población y que se asemejan a los que la intervención de Reinserta provee, es decir, los servicios en salud mental y perspectiva de género.

I.1. PANORAMA ESTADÍSTICO

I.1.1. PANORAMA SOBRE DELINCUENCIA EN EL ESTADO DE MÉXICO

Acorde con Jiménez (2003), entre las múltiples formas de violencia que se presentan, la generada por la delincuencia es una de las que más dañan el tejido social. Además, pese a los costos que este problema representa en términos personales, comunitarios, económicos y sociales, su investigación ha sido soslayada.

Como todo problema social, la delincuencia requiere de un análisis cuidadoso y sistemático para encontrar explicaciones que, posteriormente, nos permitan estar en condiciones de diseñar cursos de acción tendientes a su solución. En ese sentido, el presente marco contextual sitúa el análisis introduciendo las estadísticas más significativas sobre delincuencia en el Estado de México:

1. *Incidencia delictiva*

Antes de revelar los datos sobre incidencia delictiva en la entidad, debe aclararse que, en México existe la “cifra negra”, la cual representa todos los actos delictivos que no son reportados ante el Ministerio Público o que no son objeto de una averiguación previa y, por tanto, no figuran en ninguna estadística. Con el nuevo sistema de justicia penal se agregan a la definición de cifra negra los delitos para los que no se haya abierto una carpeta de investigación (INEGI, 2021). Acorde con la *Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública* (INEGI, 2021), solo se denunciaron el 10.1% de los delitos a nivel nacional, donde se aperturaron solo el 67.3% carpetas de investigación. Así mismo, revisando los datos por Estados, del 67.3% de carpetas aperturadas, solo 10 % de las carpetas de investigación corresponde al Estado de México.

Ahora bien, la incidencia delictiva se refiere a la presunta ocurrencia de delitos registrados en averiguaciones previas iniciadas o carpetas de investigación (SESNSP, 2021). Al analizar los datos abiertos del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública y con base en el Informe de Incidencia Delictiva con corte a septiembre del año 2022 se percibe que **el Estado de México**, para 2021 y lo que va de 2022, **es la entidad federativa con mayor incidencia delictiva en el país**, con un total aproximado de 300,767³ delitos seguido por la Ciudad de México, Guanajuato y Jalisco. Esto significa que, el Estado de México, abarca 19% del total de delitos que ocurren a nivel nacional. Además, **de 1997 a 2020, la incidencia delictiva del Estado de México se duplicó**, manteniendo una tendencia ascendente, a través de la cual la cantidad de delitos, desde 2015, sobrepasa los trescientos mil casos.

2. *Incidencia delictiva contra las mujeres*

Este tipo de incidencia delictiva se refiere a los presuntos hechos delictivos en contra de la mujer, el cual se complementa con información sobre las llamadas de emergencia realizadas al número único 911 relacionadas con incidentes de violencia contra la mujer (SESNSP, 2022). El Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública publica el reporte denominado *Información sobre violencia contra las mujeres (incidencia delictiva y llamadas de emergencia 911)*, con corte de enero a septiembre de la gestión 2022 presenta al **Estado de México en el tercer lugar en lo que respecta a la violencia contra la mujer y ocupa el primer lugar con la mayor cantidad de presuntas víctimas de feminicidio**, inclusive menores de edad; **mayor cantidad de presuntos delitos de violencia de género**, en

³ Gobierno del Estado de México, Secretariado Ejecutivo del Sistema Estatal de Seguridad Pública, Corte a septiembre 2022.

todas sus modalidades distinta a la violencia familiar; además de resaltar como el segundo estado con mayor cantidad de presuntos delitos de violencia familiar.

3. *Prevalencia delictiva*

La prevalencia delictiva es la proporción de personas u hogares que experimentan uno o más de los delitos medidos durante el periodo de referencia (INEGI, 2022 -corte en septiembre). El Instituto Nacional de Estadística y Geografía calcula la Tasa de prevalencia delictiva por cada cien mil habitantes, lo cual representa una tasa de 24,207 víctimas de 18 años y más, cifras estadísticamente superiores a las estimadas en 2020, donde **el Estado de México se muestra como la entidad con la tasa más alta del país**. Además, durante la última década ha presentado una tendencia ascendente con repuntes que superan los treinta mil casos por cada cien mil habitantes.

4. *Percepción sobre inseguridad pública*

La percepción sobre la inseguridad pública es la información acerca de la apreciación de personas de 18 años o más sobre la inseguridad de su entidad, ciudad y zona, como también sobre las autoridades encargadas de las funciones de seguridad pública y justicia (INEGI, 2021). El Instituto Nacional de Estadística y Geografía levanta la *Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública*, donde se muestra la distribución del porcentaje de la población de 18 años y más, según percepción de la inseguridad en su entidad federativa.

En el informe de la Encuesta 2022 que presenta datos del año 2021 y hasta septiembre de 2022, reportó que, de la población del Estado de México: **el 91% percibe insegura la entidad federativa que habitan**; y el

42.1% percibe insegura la colonia (en el ámbito urbano) o localidad (en el ámbito rural) que habitan. Respecto a este último, el 58.5% reportó robos y el 21% delató pandillerismo violento, ambos al interior de su colonia o localidad. De igual manera, el 28% develó delincuencia cerca de escuelas de su colonia o localidad. Además, en los alrededores de su vivienda: el 68.9 % declaró que se consume alcohol en la vía pública; el 58.5% que suceden robos o asaltos constantemente; el 56.6% que se consume droga; el 42.9% que se detonan disparos con frecuencia; el 37.8% que se vende droga; el 31% que existe pandillerismo o bandas violentas; y el 21% que se cometen homicidios.

Más aún, según la encuesta, **el 83% de la población del Estado de México se percibe como posible víctima de al menos un delito**. En ese sentido, la encuesta muestra algunas actividades que la población dejó de realizar por temor a ser víctima de algún delito, por ejemplo, **el 68% dejó de permitir que sus hijos menores de edad salieran**; el 59% dejó de llevar dinero en efectivo; el 42% dejó de salir a caminar; el 34% dejó de visitar parientes o amigos; el 29% dejó de llevar teléfono móvil; y **el 14% dejó de ir a la escuela**. Finalmente, el 35% de la población del Estado de México considera que empeorará la tendencia de la seguridad pública en esa entidad federativa.

5. *Delincuencia juvenil*

La delincuencia juvenil es un tema polémico, ante el cual han tenido lugar las interrogantes sobre la adecuada edad en que deben ser considerados por la justicia como responsables de algún delito, así como el constante trabajo para identificar factores que las y los llevan a desarrollar conductas antisociales (Linton, 2018).

Acorde con diversos autores (Azaola, 2015; Guerrero, 2017; Documenta, 2019), el rango de edad en el que se considera que las y los adolescentes se encuentran en conflicto con la ley se posiciona entre los doce años cumplidos y menos de dieciocho años de edad, siempre y cuando se les atribuya o compruebe la realización de una o varias conductas tipificadas como delito.

Ahora bien, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía levanta la *Encuesta Nacional de Adolescentes en el Sistema de Justicia Penal* (ENASJUP, 2017), la cual permite delinear un perfil estadístico (preliminar) de las y los adolescentes en conflicto con la ley. No obstante, según el catálogo del Instituto, la Encuesta está tipificada como “única”, esto es, no existe plan para su actualización y, con el tiempo, lo construido con estos datos perderá vigencia. Para solventar dichas dificultades, se utilizarán aquellos reactivos de la *Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública* (ENVPSP, 2020) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, que recuperan el perfil etario delincuenciales.

Los datos de la ENASJUP (2017) revelan que, del total de adolescentes en el sistema de justicia penal del Estado de México:

SOCIODEMOGRÁFICO

- 86% eran hombres y el 14% eran mujeres.
- 82% se encontraban solteras o solteros
- 11% reportó tener hijas o hijos
- 21% reportó tener dependientes económicos.

ESCOLARIDAD

- 98% declaró saber leer y escribir.
- 77% contaba sólo con educación básica.

- 11% admitió que no se destinaba recurso económico de su hogar para gastos escolares.

EMPLEABILIDAD

- 86% asumió haber trabajado alguna vez. De los cuales, la edad a la que trabajaron por primera vez se obtuvo que: el 67% tenía entre 10 y 15 años, el 26% entre 16 y 18 años, y el 7% tenía menos de 10 años.
- 56% declaró que tenía la necesidad de trabajar los siete días de la semana.

HOGAR

- 18% admitió que su hogar recurre al endeudamiento.
- 9% expresó que no había suficiencia alimentaria en su hogar.
- 12% no tuvo acceso a la salud.
- 39% declaró que no se destina recurso económico de su hogar para actividades de esparcimiento.
- Revelaron que en su hogar no se conversaba sobre:
 - 21% sobre problemas en la escuela o trabajo.
 - 27% sobre las consecuencias del consumo de alcohol y drogas.
 - 37% sobre educación sexual.
- 51% declaró la ocurrencia de conductas antisociales o delictivas por parte de los adultos con los que creció. De las cuales, el 72% era consumo frecuente de alcohol, el 40% era consumo frecuente de drogas, y el 36% era la reclusión en un Centro penitenciario.

PERFIL DELINCUENCIAL

- 16% realizó alguna actividad delictiva previa a su última detención sin haber sido detenido. De los cuales, el nivel de ocurrencia fue: para el 48% de una a cinco veces; para el 34% más de diez veces, y para el 18% de seis a diez veces.

- 59% admitió haber estado más de una vez en un centro de internamiento.

RELATIVO A LA DETENCIÓN

- Sólo 23% declaró que se le explicaron sus derechos como adolescente detenido, mientras que, el 40% admitió que le informaron sobre su derecho a guardar silencio y a no declarar sin presencia de su abogado.
- Al 54% le aplicaron fuerza física para someterle durante su detención, al 36% le amenazaron con un arma, y al 3% le dispararon con un arma de fuego.
- 81% reportó haber sido víctima de violencia psicológica por parte de la autoridad que realizó la detención.
- 58% reportó haber sido víctima de violencia física por parte de la autoridad que realizó la detención.
- 51% no se le preguntó su edad al momento de la detención, y al 55% no se le mencionó el motivo de su detención.
- 72% no le permitieron que sus padres, tutores o personas de confianza le acompañarán durante su detención.
- 62% admitió haber sido presionada o presionado para dar información.

Por complementar, la ENVPSP (2020) informa que, del total de delitos que se registraron en el Estado de México, 28% de ellos fueron cometidos por menores de 25 años.

I.1.2. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DEL CENTRO DE INTERNAMIENTO PARA ADOLESCENTES “QUINTA DEL BOSQUE”

Ya con el análisis situado, se presenta el perfil sociodemográfico del Centro de Internamiento para Adolescentes “Quinta Del Bosque”. Acorde con el

Censo Nacional de Sistemas Penitenciarios Estatales (2022) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, para 2021, había 190 adolescentes en internamiento dentro de “Quinta del Bosque”, donde el 97% (91% hombres y 9% mujeres), fueron detenidos por delitos del fuero común y el 3% (hombres) por delitos de fuero federal. Dichos adolescentes cuentan con las siguientes características sociodemográficas:

SEXO

- 94% son hombres.
- 6 % son mujeres.

ESTATUS JURÍDICO

- 31% hombres y el 3% mujeres cuenta con medida cautelar de internamiento preventivo.
- 63% hombres y el 4% mujeres cuenta con internamiento definitivo

RANGO ETARIO

- 2% tiene catorce años.
- 10% tiene quince años.
- 14% tiene dieciséis años.
- 22% tiene diecisiete años.
- 53% tiene dieciocho años y más.

ESCOLARIDAD

- 9% con educación preescolar o primaria.
- 17% con educación secundaria.
- 54% con educación preparatoria.
- 1% carrera técnica.
- 18% no identificado.

DISCAPACIDAD

- Una persona con discapacidad: dificultad o impedimento para caminar, subir o bajar escalones usando sus piernas.

ADICCIÓN A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

- 68 % presenta adicción a sustancias psicoactivas:

- 2% al alcohol y 3% a la marihuana y el 95 % a otro tipo de sustancia.

DELITOS DEL FUERO COMÚN

- 12% cometieron secuestro – secuestro para causar daño.
- 18% cometieron homicidio.
- 23% cometieron violación (todos hombres).
- 20% cometieron otro tipo de robos.
- 9% cometieron robo de vehículo.
- 5% cometieron feminicidio (todos hombres).
- 4% cometieron lesiones.
- 1% cometieron robo en transporte público colectivo.
- 6% cometieron delitos contra la salud relacionados con narcóticos en su modalidad de narcomenudeo.
- 2% cometieron robo a casa habitación.
- 7% cometieron robo de vehículo.
- 3% cometieron delitos en materia de armas, explosivos y otros materiales destructivos.

I.1.3. PANORAMA SOBRE SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES

Se agregan estadísticas sobre salud mental en adolescentes del Estado de México, en vista de que el “Programa de radio y talleres enfocados en salud mental dirigidos a adolescentes y jóvenes en conflicto con la ley en México”, busca promover el bienestar emocional y psicológico en las y los adolescentes en Internamiento en el Estado de México.

La directora ejecutiva del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2019) ha pronunciado que, durante los últimos años, se vislumbra un gran número de adolescentes, en todos los rincones del mundo, que están experimentando problemáticas asociadas a la salud

mental; por lo que se necesitan estrategias urgentes e innovadoras para prevenir, detectar y, en caso necesario, tratar a una edad temprana. No obstante, pese a tal reconocimiento, la estadística sobre salud mental en adolescentes sigue siendo muy limitada y desactualizada. Para el presente apartado trabajaremos con los datos sobre salud mental que comparte el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y la Secretaría de Salud.

Sólo son dos los padecimientos en adolescentes que recuperan las estadísticas del INEGI (2017): *i.* Preocupación o nerviosismo, y *ii.* Depresión. Para ambos la información se presenta fraccionada en dos grupos etarios de interés: de 7 a 14 años y de 15 a 29 años.

Respecto al primer padecimiento, el 23% del total de personas de 7 a 14 años, y el 45% del total de personas de 15 a 29 años, reportaron condición de preocupación o nerviosismo; con las siguientes frecuencias:

	7 a 14 años	15 a 29 años
<i>Diariamente</i>	9%	11%
<i>Semanalmente</i>	11%	14%
<i>Mensualmente</i>	12%	14%
<i>Algunas veces al año</i>	68%	61%
	100%	100%

Fuente: Módulo de Salud Mental del INEGI (2017).

Respecto al segundo padecimiento, el 15% del total de personas de 7 a 14 años, y el 26% del total de personas de 15 a 29 años, reportaron condición de depresión; con las siguientes frecuencias:

	7 a 14 años	15 a 29 años
<i>Diariamente</i>	5%	5%

	7 a 14 años	15 a 29 años
<i>Semanalmente</i>	9%	10%
<i>Mensualmente</i>	10%	11%
<i>Algunas veces al año</i>	76%	74%
	100%	100%

Fuente: Módulo de Salud Mental del INEGI (2017).

Por añadidura, acorde con Marín-Ramírez (2015), datos sobre la prevalencia de ansiedad en México indican que estos padecimientos son muy comunes; en la población mexicana alrededor de 14-15% de las personas presentan algún trastorno de ansiedad, y esta prevalencia llega hasta 18% en la población infantil y adolescente.

Esto último coincide con la que presenta el Senado de la República (2017) y la *Guía clínica para el diagnóstico y manejo de los trastornos de ansiedad* del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. El Senado indica que, en México, al menos 14.3% de las y los ciudadanos padece trastornos de ansiedad generalizada, siendo la enfermedad de salud mental más común en el país, además, afirman que el 50% de los trastornos de ansiedad se presentan antes de los 25 años. La *Guía* del Hospital Psiquiátrico Infantil señala que los trastornos de ansiedad ocurren en 5-18% de las y los niños y adolescentes, manifestándose como fobia social, ansiedad de separación, ansiedad generalizada, crisis de pánico, trastorno obsesivo compulsivo y estrés postraumático.

Al margen, de acuerdo con la Secretaría de Salud del Estado de México (2021), las personas con depresión y ansiedad, en un periodo de tiempo largo y con síntomas intensos, puede ocasionar, en el peor de los escenarios, un suicidio. Del mismo modo, la Organización Mundial de la Salud (2013) apunta que las problemáticas asociadas a la mental son el

principal factor de riesgo para el suicidio. Por tanto, resulta pertinente agregar estadísticas sobre dicho fenómeno, donde destaca que, en el Estado de México, 40% del total de suicidios entre los 10 y 29 años, suceden antes de los 20 años.

Porcentaje de defunciones por suicidio, por grupo etario y sexo, del total de defunciones por suicidio entre los 10 y 29 años, 2020

NACIONAL	
10 a 14 años	8%
15 a 19 años	26%
20 a 24 años	33%
25 a 29 años	33%

100%

Estado de México	
10 a 14 años	10%
15 a 19 años	30%
20 a 24 años	31%
25 a 29 años	28%

100%

NACIONAL		
	Hombres	Mujeres
10 a 14 años	56%	44%
15 a 19 años	67%	33%
20 a 24 años	80%	20%
25 a 29 años	83%	17%

Estado de México		
	Hombres	Mujeres
10 a 14 años	46%	54%
15 a 19 años	65%	35%
20 a 24 años	81%	19%
25 a 29 años	86%	14%

Fuente: Estadísticas de mortalidad del INEGI (2020).

Por concluir, la Secretaría de Salud (2020) realiza el diagnóstico operativo de atención de la salud mental, el cual revela brechas de atención importantes: a nivel nacional, 73.9% de las personas con depresión no son atendidas, de manera semejante, 85.9% de las personas con ansiedad no reciben atención. Por su parte, los resultados para el Estado de México demuestran baja disposición de recursos y bajo acceso a los servicios, puesto que la cobertura real de la entidad para atender la salud mental es apenas del 7.2%; con 16.5 trabajadores dedicados a la

atención de la salud mental (profesionales en psiquiatría, psicología y enfermería) por cada 100,000 habitantes.

I.2. CONFRONTA COSTOS-SERVICIOS DEL CENTRO DE INTERNAMIENTO PARA ADOLESCENTES “QUINTA DEL BOSQUE”

Finalmente, ya que este mismo Censo reporta el presupuesto (proyecto, aprobado y ejercido) del Centro de Internamiento para Adolescentes “Quinta del Bosque”, pueden llevarse a cabo las siguientes confrontas:

1. La cantidad de las y los adolescentes en internamiento dentro de “Quinta del Bosque”:

Gasto destinado por adolescente en internamiento⁴ =

Presupuesto ejercido (al finalizar el ejercicio fiscal 2021) =

\$68,280,183 MXN

÷

Q de adolescentes en internamiento dentro de “Quinta del Bosque”
(al finalizar el ejercicio fiscal 2021) = **190**

Gasto destinado por adolescente en internamiento=**\$359,369.38 MXN**

En comparación con el costo de la intervención de Reinserta:

Gasto destinado por adolescente en internamiento en el “Programa de radio y talleres enfocados en salud mental dirigidos a adolescentes y jóvenes en conflicto con la ley en México” =

Presupuesto total del “Programa de radio y talleres enfocados en salud mental dirigidos a adolescentes y jóvenes en conflicto con la ley en México” = **\$3,946,325 MXN**

÷

⁴ Esta medición NO contempla la rotación de adolescentes en internamiento, lo cual podría provocar un posible sesgo de estimación.

Q de adolescentes en internamiento dentro de “Quinta del Bosque” que atiende el programa [ratio de cobertura estimada⁵] = **133**

Gasto destinado por adolescente en internamiento atendido(a) =
\$29,671.61 MXN

2. Sobre los servicios que el Centro ofrece a las y los adolescentes en internamiento y que se asemejan a los que la intervención de Reinserta les provee, es decir, servicios en salud mental y perspectiva de género:

SALUD MENTAL

- A. El Censo Nacional de Sistema Penitenciario Federal 2022 reporta (Datos de 2021), la siguiente información sobre el personal del Estado de México, por ende, del Centro de Internamiento para Adolescentes “Quinta del Bosque”:

PERSONAL POR CARGO

- Personal técnico o de operación – Psicológico: 2 hombres y 5 mujeres
- Personal técnico o de operación – Pedagógico: 2 hombres y 3 mujeres

El personal en psicología del Centro suma un total de 7 personas; quienes atienden a 190 adolescentes en internamiento. Con esta información, la proporción resulta en 27 adolescentes en internamiento por personal en psicología.

⁵ Según con lo establecido en la Prueba de Concepto, se atiende al 70% de adolescentes en internamiento, esto es, a 133 adolescentes (considerando los datos del Censo, es decir, al finalizar el ejercicio fiscal 2020).

PERSONAL CAPACITADO⁶: El Estado de México no aparece dentro del listado del personal capacitado en psicología que ofrece el Censo, por lo que puede asumirse que, pese a contar con personal técnico o de operación en el área, éste no se encuentra capacitado.

Frente al personal que Reinserta incorporó en la implementación de la presente intervención:

PERSONAL POR CARGO

- Personal – Psicología con especialización cognitivo-conductual: 2
- Personal – Talleristas en temas de salud mental: 2
- Personal – Coordinación Operativa del Programa
- Personal – Jefatura de Monitoreo y Evaluación del Programa
- Personal – Asistente operativo Programa de Radio

PERSONAL CAPACITADO: Todo el personal está capacitado en su área de *expertise* correspondiente, además, se encuentra especializado en:

- Enfoque cognitivo-conductual.
- Evaluación y monitoreo de programas sociales, diseño de modelos de intervención.
- Desarrollo adolescente, intervenciones psicosociales, conocimientos de perfiles criminológicos.

B. El Cuarto Informe de Resultados del Gobierno del Estado de México (2021) menciona que, en el Centro de Internamiento para Adolescentes “Quinta del Bosque”:

- a. Se impartieron pláticas de orientación sobre adicciones y neurosis.

⁶ Dato desfasado por un año

- b. Se realizaron sesiones de seguimiento terapéutico criminológico y social a las y los adolescentes del Centro, sujetos al Programa de Justicia Terapéutica⁷.
- c. Se impartieron talleres de capacitación para las mujeres adolescentes internadas, a través de la plataforma Zoom, en temas como manejo de ansiedad, estrés, autoestima, emociones, comunicación, escucha activa, empoderamiento y liderazgo.
- c. El *Informe especial de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre los Centros de tratamiento interno para adolescentes que infringen la Ley Penal de la República Mexicana*, documenta las siguientes irregularidades que ocurren en el Centro de Internamiento para Adolescentes “Quinta del Bosque”:
- Falta de áreas para el acceso a servicios y actividades.
 - Condiciones de desigualdad de las áreas y personal destinados a las mujeres.
 - Irregularidades en la prestación del servicio médico.
 - Adolescentes con adicciones.
 - Falta de capacitación y especialización de servidores públicos.
 - Falta de personal técnico y actividades.

PERSPECTIVA DE GÉNERO

- A. El Quinto Informe de Resultados del Gobierno del Estado de México, con fecha de corte 17 de septiembre del año 2022, indica que se ratificó un convenio de colaboración con la Secretaría de Seguridad, el cual abarca el periodo 2021-2023, para instruir a 4 mil

⁷ No se tiene certeza de que este sea financiado con el presupuesto del Centro de Internamiento, ya que en el Diario Oficial de la Federación se publicó que, para este Programa, las entidades federativas podrán destinar recursos propios o del Fondo de Aportaciones para la Seguridad Pública de los Estados (FASP).

trabajadores de la FGJEM en el Curso de Perspectiva de Género dirigido a agentes del MP, policías de investigación, peritos, facilitadores y orientadores jurídicos, a través de la Universidad Mexiquense de Seguridad, en sus diferentes sedes. Lamentablemente, no se tiene ningún otro reporte de alguna acción, curso o taller que se haya realizado para adolescentes en el Centro de Internamiento.

Frente a la intervención de Reinserta:

El “Programa de radio y talleres enfocados en salud mental dirigidos a adolescentes y jóvenes en conflicto con la ley en México” de Reinserta, incluyó temáticas enmarcadas en la perspectiva de género. Con ellas se grabaron 7 podcast y se implementaron sesiones en las cuales se dialogó sobre diferentes temáticas, siendo las más sobresalientes: masculinidades en los movimientos feministas; expresión de emociones; apoyo entre hombres; y violencias cotidianas derivadas de la inequidad de género.

Así mismo, el programa de Reinserta tiene un alcance operativo en tres sectores del Centro de Internamiento “Quinta del Bosque”: Sector I. Población; Sector II. Azul y Sector III. Mujeres, siendo este último un sector con una amplia oferta de actividades implementadas por el Centro de internamiento.

Ante tal escenario, con el propósito de contar con cobertura femenil en el programa, sin que se obstaculizaran sus demás actividades, se logró acordar con las autoridades del Centro de internamiento la conformación de un grupo con adolescentes y

jóvenes que están en espera de su proceso legal, así como con las que ya han recibido la sentencia de su medida privativa de la libertad, con la finalidad de implementar el taller de salud mental, donde se transmitieron los contenidos radiofónicos y las respectivas reflexiones acerca de las temáticas de género que se abordaron, tales como: violencia en el noviazgo, tipos de violencia, ansiedad con perspectiva de género y estereotipos de género, entre las más importantes.



Figura 1. Participantes en sesiones de acercamiento en el sector “Mujeres” (III). Fuente: Reinserta.

Finalmente, el programa también incursionó en la adaptación de lenguaje incluyente durante la implementación, así como en los instrumentos de evaluación que se levantaron con la población femenil y de la comunidad LBTTQ+. Una buena práctica que se ve reflejada en los documentos que le brindan sistematización a la intervención, en específico, en el *Manual de implementación* para la escalabilidad del programa.



Por concluir, ambas confrontas ponen en evidencia que la atención que ofrece Reinserta es mucho más profesional y especializada, en comparación con la que reciben las y los adolescentes del Centro de Internamiento para Adolescentes “Quinta del Bosque”.

Cabe aseverar que los casi cuatrocientos mil pesos que se destinan por cada adolescente en internamiento no logran verse reflejados en la cantidad y calidad de los servicios de salud mental y perspectiva de género que ofrece el Centro a esta población. Ante tal disyuntiva, **intervenciones como las de Reinserta se vislumbran pertinentes y necesarias.**

En ese tenor, el “Programa de radio y talleres enfocados en salud mental dirigidos a adolescentes y jóvenes en conflicto con la ley en México”, que aquí nos convoca, busca promover el bienestar emocional y psicológico, reflejado en la reducción de los síntomas más comunes y altamente correlacionados con un estado de salud mental afectada en adolescentes en internamiento, tales como la ansiedad y la depresión, ello a través de talleres de salud mental con enfoque cognitivo-conductual y de la implementación de un programa de radio con contenido psicoeducativo.

APARTADO II. COSTOS

El presente apartado busca definir los costos de nuestra intervención, esto es, cualquier bien tangible o intangible, susceptible de ser costeadado o tener valor (Sánchez, 2009). Buena parte de estos costos (directos e indirectos) ya se encuentran definidos dentro de la guía presupuestaria que fue presentada ante *Grand Challenges Canada*, por tanto, fue la principal fuente de información que alimentó este apartado.

Cabe mencionar que dicho presupuesto corresponde a la estimación posible de los gastos para la ejecución del plan de la intervención y la consecución de los resultados previstos, por ende, ha sostenido modificaciones durante la implementación del programa, las cuales fueron documentadas en este apartado, y tomadas en cuenta en el desarrollo de los cálculos que se muestran en el cuarto apartado.

Dadas estas aclaraciones, el presupuesto del “Programa de radio y talleres enfocados en salud mental dirigidos a adolescentes y jóvenes en conflicto con la ley en México” se diseñó para 18 meses de operación, por un monto de 250,000 dólares canadienses (CAD)⁸, correspondientes a 3,946,325 pesos mexicanos (MXN)⁹, los mismos que fueron asignados de acuerdo al siguiente cuadro acorde con la guía presupuestaria que fue presentada ante *Grand Challenges Canada*:

⁸ Considerando los términos del contrato firmado entre Reinserta y *Grand Challenges Canada*, la subvención se realizó en dólares canadienses (CAD). En ese sentido, como resultado de las fluctuaciones del tipo de cambio, los valores en moneda nacional (pesos mexicanos) pudieron no reflejar con exactitud el monto de la financiación disponible. Lo cual adjudicó a Reinserta la responsabilidad de supervisar el tipo de cambio y modificar los gastos y actividades del proyecto en consecuencia, para evitar o mitigar los cambios resultantes.

⁹ Durante los 18 meses, considerados en el diseño del presupuesto, la fluctuación del tipo de cambio se sostuvo en un valor mínimo correspondiente a 15.7853 pesos mexicanos. Anexo I. Tipo de cambio.

TABLA X. Presupuesto del “Programa de radio y talleres enfocados en salud mental dirigidos a adolescentes y jóvenes en conflicto con la ley en México”, para 18 meses de operación.

CONCEPTO	MONTO (MXN)	MONTO (CAD)
1.1 Remuneration (Sueldos)	188,000.01	119,098
1.2 Fees Subcontractors (Personal externo)	711,000	45,042
1.3 Travel Costs (Transporte)	204,000.24	12,923
1.4 Goods and Supplies (Bienes y servicios)	372,000	23,566
1.5 Equipment Costs	25,000	1,584
1.6 Project Administration Costs	395,567	25,059
1.7 Sub-grants	No aplica	No aplica
1.8 Indirect Costs	358,758	22,727
TOTAL MONTO APROBADO	3,946,325.238	250,000

Fuente: Reinserta.

A continuación, se presentará en detalle la ejecución del presupuesto aprobado bajo dos conceptos: costos directos y costos indirectos.

II.1. COSTOS DIRECTOS

Los costos directos son aquellos que están directamente relacionados con la provisión de la intervención (Aponte, *et al.*, 2011). Acorde con la guía presupuestaria que fue presentada ante *Grand Challenges Canada*, estos costos pudieron clasificarse en dos grandes rubros de gasto:

- Gasto en recurso humano, entendido como la remuneración al conjunto de personas que aportan su esfuerzo y conocimiento especializado, incluidas las subvenciones para trasladarse a algún destino o realizar trabajos específicos. Acorde con las categorías de la guía presupuestaria arriba mencionada, en este rubro se incorporarán la remuneración a empleados de Reinserta, los honorarios–subcontratistas y los viáticos.

- Gastos de operación, que corresponden a las erogaciones que permiten la operación de la intervención, ya sean bienes durables y/o gastos de administración. Acorde con las categorías de la guía presupuestaria, en este rubro se incorporarán los bienes y suministros, el equipo y los gastos de administración del programa.

II.1.1. MONTAJE DE DISEÑO

El 91% del presupuesto aprobado (equivalente a 227,272 CAD; 3,587,568 MXN) se destinó al ejercicio de los costos directos. Tal cantidad se distribuyó, como se refiere arriba, en dos grandes rubros de gasto:

Gastos en recurso Humano:

- 1.1 Remuneration (Remuneración a personal de Reinserta)
- 1.2 Fees Subcontractors (Honorarios – Subcontratistas)
- 1.3 Travel Costs (Viáticos)

Gastos de operación:

- 1.4 Goods and Supplies (Bienes y suministros)
- 1.5 Equipment Costs (Equipo)
- 1.6 Project Administration Costs (Gastos de Administración)

TABLA 2. Presupuesto asignado para cubrir los costos directos

RUBRO	CATEGORÍA	MONTO (MXN)	MONTO (CAD)
<i>Gastos en recurso humano</i>	Remuneración a personal de Reinserta	1,880,001	119,098
	Honorarios–Subcontratistas	711,000	45,042
	Viáticos	204,000	12,923
<i>Gasto de operación</i>	Bienes y suministros	372,000	23,566
	Equipo	25,000	1,584
	Gastos de administración	395,567	25,059
Total, Costos Directos		3,587,568	227,272

Fuente: Reinserta.

II.1.2. MODIFICACIONES DOCUMENTADAS

II.1.2.1. REMUNERATION (REMUNERACIÓN A PERSONAL DE REINSERTA)

Para la ejecución de esta partida se asignó un monto de 1,880,001 pesos mexicanos, mismo que, por cada trimestre, fue ejecutado con base en las necesidades iniciales que presentó el programa.

TABLA 3. Remuneración asignada durante la gestión 2021

Nº	1.1 Remuneration	1 TRIMESTRE	2 TRIMESTRE	3 TRIMESTRE
1	<i>Project Leader</i>	304,864.865	304,864.865	355,675.676
1	<i>Coordinator QB & CDMX</i>			
1	<i>Assistant QB</i>			
1	<i>Assistant CDMX</i>			
1	<i>Deputy Director Economist for IM&E</i>			
1	<i>Assistant for IM&E</i>			
	<i>TOTAL POR TRIMESTRE</i>	304,864.865	304,864.865	355,675.676

Fuente: Reinserta.

Para la gestión 2021, se dio marcha al proceso de contratación, donde, para el primer trimestre, se procedió con la contratación de 7 profesionales, bajo los siguientes cargos: *Institucional Director*; *Project Leader*; *Assistant para Ciudad de México (CDMX)*; *Assistant para el Centro de Internamiento para Adolescentes "Quinta del Bosque" (QB)*; *Deputy Subdirector Administrator*; *Coordinator QB & CDMX*; *Deputy Director Economist for IM&E*.

Como se puede observar, se tuvo un cambio en el número de profesionales que fueron contratados, además se presentó variación en las remuneraciones que se habían asignado en un inicio, todos estos cambios dependieron de las actividades, responsabilidades y funciones que surgieron en el desarrollo del programa.

Para el segundo y tercer trimestre se presentaron cambios de personal en el marco del trabajo asignado por cada perfil, donde se procedió a redefinir el equipo de trabajo, realizando una optimización de recursos para el tercer trimestre con la fusión de los *Assistant QB & CDMX*; quedando sin efecto los dos *Asistentes para la CDMX y QB*. Teniendo como resultado final un total de 7 profesionales contratados.

TABLA 4. Presupuesto ejecutado en base al número de contrataciones

I.I. Remuneración a personal de Reinserta	GESTIÓN 2021								
	ABRIL	MAY	JUN	JUL	AGT	SEPT	OCT	NOV	DIC
<i>Institucional Director</i>	16,650.05	33,300.11	0	0	0	10,301.79	10,301.79	10,301.79	13,538.77
<i>Project Leader</i>	9,321.62	9,321.62	9,321.62	18,643.24	18,643.24	18,643.24	18,643.24	18,643.24	24,501.23
<i>Assistant CDMX</i>	11,000	11,000	11,000	11,000	13,000	13,000	0	0	0
<i>Assistant QB</i>	11,000	11,000	11,000	11,000	15,600	15,600	0	0	0
<i>Assistant QB & CDMX</i>	0	0	0	0	0	0	13,000	13,000	17,528.78
<i>Assistant M&E</i>	0	0	12,000	9,000	9,000	12,000	12,000	12,000	18,007.86
<i>Deputy Subdirector Administrator</i>	0	0	16,650.05	25,000	25,000	25,000	25,000	25,000	31,821.68
<i>Deputy Director Economist for IM&E</i>	0	0	21,500	21,500	21,500	21,500	21,500	21,500	27,367.57
<i>Coordinator QB & CDMX</i>	0	0	20,150.00	20,150	0	0	15,600	15,600	21,036.38
Total mes	47,971.67	64,621.73	101,621.67	116,293.24	102,743.24	116,045.03	116,045.03	116,045.03	153,802.27
MONTO EJECUTADO POR TRIMESTRE			214,215.07			335,081.51			385,892.33

Fuente: Reinserta.

Como resultado final de esta primera gestión se tuvo una ejecución presupuestal de 935,188.91 (MXN).

I.1. Remuneración a personal de Reinserta & CDMX	GESTIÓN 2022								
	ENERO	FEB	MARZO	ABRIL	MAYO	JUN	JUL	AGT	SEPT
Total mes	104,979.14	104,979.14	104,979.14	104,979.14	104,979.14	104,979.14	104,979.14	104,979.14	104,979.14
MONTO EJECUTADO POR TRIMESTRE			314,937.42			314,937.42			314,937.42

Fuente: Reinserta.

Donde como resultado final se tuvo una ejecución presupuestal de 944,812.26 (MXN).

II.1.2.2. FEES SUBCONTRACTORS (HONORARIOS - SUBCONTRATISTAS)

Para la gestión 2021, en el primer trimestre se llevó a cabo la contratación de tres consultores externos para apoyo a talleres, retroalimentación, reportes y cuestiones especializadas en radio. Para el segundo trimestre se realizó la contratación de tres facilitadores de radio y un facilitador de salud mental para coadyuvar con la creación, gestión y actualización de lineamientos del proyecto, como también apoyar en la realización de las actividades relacionadas con la implementación del programa.

TABLA 7. Presupuesto ejecutado (Honorarios – Subcontratistas), 2021

I.2. Fees Subcontractors	GESTIÓN 2021			
	JULIO	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
External consultant (3)	39,000			
Radio broadcaster facilitator (3)		11399.99	6,000	5,400
Mental health facilitator (1)			1,800	1,800
Designer (1)				11,600
Total mes	39,000	11,400.00	7,800	18,800
MONTO EJECUTADO POR TRIMESTRE	39,000			38,000

Fuente: Reinserta.

Para la gestión 2022, en el marco de los avances del programa, se requirió la contratación de nueve facilitadores en salud mental, los mismos que, con base en las actividades a realizar, fueron variando en cantidad, más aún, se requirió del acompañamiento de un profesional en psicología. Además, para el levantamiento y uso de las herramientas para obtener información, se requirió del apoyo de 6 capturistas, para el mes de septiembre.

TABLA X. Presupuesto ejecutado (Honorarios – Subcontratistas), 2022

1.2. Fees Subcontractors	GESTIÓN 2022								
	ENERO	FEB	MARZ	ABRIL	MAYO	JUN	JUL	AGOST	SEPT
Audio Editor	2,400		6,749.99	750	3,750	3,545	3,903.12		13,270.74
Capturers								4,060.62	44,333.23
Consultant Designer					64,372.45				
Designer	11,600	11,600	11,600	11,600	11,600	11,600	11,600	11,600	
Mental Health facilitator	10,000	3,000.01	8,011.50	21,499.97	23,250.04	34,500	32,249.99		55,999.98
Psychologist			8,250.01	8,250.01		8,250.01	6,750	8,250.01	10,200
Radio broadcaster facilitator		6,000	13,500.02						
Trainer								52,041.65	52,041.65
Traslate	1,690.12								
Translator								12,888.18	
Total mes	25,690.12	20,600.01	48,111.52	42,099.98	102,972.49	57,895.01	54,503.11	88,840.46	175,845.60
MONTO EJECUTADO POR TRIMESTRE			94,401.65			202,967.48			319,189.17

Fuente: Reinserta.

II.1.2.3. TRAVEL COSTS (VIÁTICOS)

Se ejercieron pagos por peajes correspondientes a traslados al Centro de Internamiento para Adolescentes “Quinta del Bosque”, si bien el centro

queda a hora y media de Ciudad de México, en carretera son aproximadamente 64 kilómetros de autopista. Así mismo, para traslados del personal de Reinserta también se procedió a utilizar transporte seguro mediante la compañía Uber, por ser un medio más eficiente y rápido para movilizarse a diferentes puntos.

Es importante aclarar que no se realizó ninguna ejecución de presupuesto en el primer trimestre por ser una etapa de planeación, además de los atrasos operativos descritos en los reportes narrativos que fueron enviados a GCC cada trimestre. Continuando con la ejecución presupuestaria en los dos siguientes trimestres, se muestran las constantes visitas al Centro de Internamiento.

TABLA 9. Presupuesto ejecutado Travel Costs 2021

1.3 Reimbursable Travel Costs	GESTIÓN 2021					
	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Toll Both	3,108	750	2,562	3,30	2,039	3,389.14
Gas	2,399	350	1,960.56	4,084.04	2,400	7,100.09
Uber			563.04	582.07	541.12	383.80
Diario (Viáticos)					111.05	
Total Mes	5,507	1,100	5,085.60	7,966.11	5,091.17	10,873.03
MONTO EJECUTADO POR TRIMESTRE			11,692.60			23,930.31

Fuente: Reinserta.

Para la gestión 2022, durante los meses de mayo, junio y septiembre se procedió a la contratación de transporte privado para el traslado de los adolescentes a cuatro visitas planificadas a estaciones de radio: MVS Noticias y al Instituto Mexicano de la Radio (IMER), “Ponte Exa 104.9” y “La Mejor 97.7”. Estas actividades contemplaron diversos recorridos por las instalaciones de las diferentes estaciones visitadas. Además, las y los participantes tuvieron la oportunidad de realizar preguntas a las y los expertos en radio sobre el manejo y operación de una estación de radio o del equipo implementado para las grabaciones y transmisiones.



Adicionalmente, en el marco de la asignación presupuestaria se tiene registro de viáticos al Estado de Nuevo León, los cuales fueron utilizados para participar en actividades relacionadas con adolescentes participantes en el programa.

El monto ejecutado para ambas gestiones para esta partida asciende a 188,374.05 (MXN).

TABLA 10. Presupuesto ejecutado para el rubro Travel Costs, 2022.

1.3 Reimbursable Travel Costs	GESTIÓN 2022								
	ENERO	FEB	MARZO	ABRIL	MAYO	JUN	JUL	AGOSTO	SEPT
Toll Both	1,007.18	1,302.51	872	1,062	796		776	582	388
Gas		3,620.43	1,770.43	1,500	1,199.99		2,103.09	3,230.42	5,365.85
Uber		231.43	167.83	1,030	827.85		435.35		1,062.79

1.3 Reimbursable Travel Costs	GESTIÓN 2022								
	ENERO	FEB	MARZO	ABRIL	MAYO	JUN	JUL	AGOSTO	SEPT
Transporte privado		2,200	9,700	7,600	17,520.01	24,120	19,600	1,839.98	21,510
Flight									19,330
Total Mes	1,007.18	7,354.37	12,510.26	11,192	20,343.85	24,120	22,914.44	5,652.40	47,656.64
MONTO EJECUTADO POR TRIMESTRE			20,871.81			55,655.85			76,223.48

Fuente: Reinserta.

II.1.2.4. GOODS AND SUPPLIES (BIENES Y SUMINISTROS)

El 1 de octubre de 2021 se llevó a cabo la inauguración de la Cabina de Radio en las instalaciones del Reintegration Day Treatment Program (RDTP) en las oficinas de Reinserta A.C, para lo cual se necesitó la compra de bienes y la contratación de ciertos servicios, tales como:

- Equipos electrónicos: cables de extensión, reguladores eléctricos, consola e interfaz, cables de audio.
- Accesorios para computadoras: adaptador USB, disco duro externo, estuche rígido para disco externo, cubierta, tasas de licencia, extensión eléctrica.
- Suministros para cabina de radio: micrófonos, auriculares, grabadora podtrack, parlantes, escudos de aislamiento, ventilador, caja de almacenamiento, mesa, dos computadoras portátiles, monitores de audio.



- Protección COVID: suministros de desinfección, oxímetro, máscaras, mascara acrílica, pruebas COVID, servicio de limpieza.

TABLA 11. Presupuesto ejecutado Goods ans Supplies 2021

1.4. Goods and Supplies	GESTION 2021					
	JULIO	AGOSTO	SEPT	OCT	NOV	DIC
Protección COVID	1,508	4,060	7,191	3,537	12,289.85	2,458.53
Equipo Electronico		19,815.17	15,531.35	12,124	24,501.91	
Diario					19,198	
Two laptops				29,573.17		
Computer care policy				4,318.68		
Computer accesories-cover					249	
License fees						25,863.13
Hardcase for external disc					437.99	
Total Mes	1,508	23,875.17	22,722.35	49,552.85	56,676.75	28,321.66
TOTAL TRIMESTRE			48,105.52			134,551.26

Fuente: Reinserta.

Para la gestión 2022, se procedió con la compra de algunos repuestos de equipos electrónicos, además, se procedió a dar el mantenimiento respectivo a los equipos eléctricos y a las computadoras para tenerlas en óptimo estado de funcionamiento durante la realización de los podcasts. Así mismo, se continuó con las medidas de protección ante el COVID-19, manteniendo los suministros de desinfección y limpieza de los ambientes.



Para el tercer trimestre de la gestión 2021 e inicios de la gestión 2022, fue posible completar la instalación de la cabina de radio en “Quinta del Bosque”, lo que permitió llevar a cabo las sesiones de capacitación y la co-creación de podcast en el centro de internamiento.

TABLA 12. Presupuesto ejecutado para Goods and supplies, 2022

1.4. Goods and Supplies	GESTIÓN 2022								
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUN	JUL	AGOSTO	SEPT
Equipo Electrónico	14,849.03	696					2,468.73	3,316.70	6,967.07
Protección COVID	2,908.675	5,061.97							
Talleres			1327.99						
Telefonic Recherche	5,327	249		150	150			400	1,423.8
Computer's manitanat				1,160					
Stationary					179				
Photographic camera					9,799				
Computer accesories					349.67				
Computer accesories					399.01				
Equipament mantenat							1,044	11,948	
Computer								13,553	
Incentives: boar games									1,261.23
Total mes	23,084.705	6,006.97	1327.99	1310	10876.68	0	3,512.73	29,217.70	9652.1
Total TRIMESTRE			30,419.665			12,186.68			42,382.53

Fuente: Reinserta.

La ejecución de presupuesto para esta partida asciende a un monto de 267,645.65 (MXN).

II.1.2.5. EQUIPMENT COSTS (EQUIPO)

El mes de septiembre de la gestión 2021 se procedió con la compra de una laptop con un valor de 25,999 (MXN), misma que fue adquirida para completar el equipo de funcionamiento del programa de radio. Ejecutando con esta compra el total del monto asignado, presentando un excedente de 999 (MXN).

II.1.2.6. PROJECT ADMINISTRATION COSTS (GASTOS DE ADMINISTRACIÓN)

Para la realización de los diferentes talleres, así como algunas reuniones de trabajo, se realizó la compra de crayolas, plastilina, cartulinas, arcilla, hojas de papel.

TABLA 13: Presupuesto ejecutado para Administration cost, 2021

1.6. Administration cost	GESTIÓN 2021	
	JULIO	SEPTIEMBRE
Material for mental health workshops	1,258.70	418.45
Incentives		703.70
Total mes	1,258.70	1,122.15
MONTO EJECUTADO POR TRIMESTRE		2,380.85

Fuente: Reinserta.

Durante los meses de abril y junio de la gestión 2022, se realizó la entrega de audífonos como incentivo para las y los jóvenes participantes del RDTP. Esta entrega tiene como objetivo motivarlos con material para la creación de su podcast personal.

Así mismo, de manera frecuente y por cada actividad o talleres realizados, se entregaba variados incentivos a las y los adolescentes y jóvenes, tales como: tarjetas de metro o snacks, con la finalidad de poder motivarlos para continuar con los podcasts y los talleres.



TABLA 14. Presupuesto ejecutado para administration cost, 2022

1.6. Administration costt	GESTIÓN 2022								
	ENERO	FEB	MARZO	ABRIL	MAYO	JUN	JUL	AGOSTO	SEPT
Awards for participants			697.7						
Incentives		1,435.1	195.4	1,724.98		1,872.97	1,449.19	10,810.77	8,711.11
Materials for Mental Health workshop		488.62	342.58	199.87					
Materials for radio workshop	2,089.47	5,658.5	1,356.1	8,669.44	3,986.45	8,436.71	5,613.87	4,950.52	3,592.4
Printed results in dossier	706	318.85		7,810.05	8,999.74				
Professional competences development for social innovation	27,842.16								
Snacks			1,381.96		2,771.98	4,176.58	3,345.3	6,183.44	3,821.66
Strategic project design for M&E	20,657.28								
Covid Proteccion					709.31	1,392.00	1,392	25,386	

1.6. Administration costt	GESTIÓN 2022								
	ENERO	FEB	MARZO	ABRIL	MAYO	JUN	JUL	AGOSTO	SEPT
Toner for printer					1,420.00				
Printing materials						37,028.33	9525.74	8416.89	17208
Program licenses							2298		
Total mes	51,294.91	7,901.07	3,973.74	18,404.34	17,887.48	52,906.59	23,624.10	55,747.62	33,333.17
TOTAL TRIMESTRE			63,169.72			89,198.41			112,704.89

Fuente: Reinserta.

El monto ejecutado para esta partida en ambas gestiones asciende a un valor de 267,453.87 (MXN).

II.1.3. PRESUPUESTO EJERCIDO

El presupuesto total para el apartado de costos directos para 18 meses de gestión del programa asciende a un valor de 3,797,228.56 (MXN)

TABLA 15. Presupuesto total ejercido para las gestiones 2021 y 2022 (18 meses)

Partidas	GESTION 2021			GESTION 2022			TOTAL MONTO EJECUTADO
	1 TRIM	2 TRIM	3 TRIM	4 TRIM	5 TRIM	6 TRIM	
1.1 Remuneration - Funding Recipient's Employees	214,215.08	335,081.51	385,892.33	314,937.41	314,937.42	314,937.42	1,880,001.17
1.2 Fees - Subcontractors	0	39,000	38,000	92,840.13	202,967.48	319,189.17	691,996.78
1.3 Reimbursable Travel Costs	0	11,692.05	23,928.30	20,871.81	55,655.85	76,223.48	188,371.49
1.4 Reimbursable Goods and Supplies	0	48,105.52	134,551.26	31,115.67	12,186.68	42,382.53	268,341.66

Partidas	GESTION 2021			GESTION 2022			TOTAL MONTO EJECUTADO
	1 TRIM	2 TRIM	3 TRIM	4 TRIM	5 TRIM	6 TRIM	
1.5 Reimbursable Equipment Costs	0	25,999	0	0	0	0	25,999
1.6 Reimbursable Project Administration Costs	0	2,380.85	115,441.07	64,035.24	89,198.41	112,704.89	383,760.46
1.7 Sub-grants	0	0	0	0	0	0	0
1.8 Indirect Costs	59,793	59,793	59,793	59,793	59,793	59,793	358,758
TOTAL	274,008.08	522,051.93	757,605.96	583,593.26	734,738.84	925,230.49	3,797,228.56

Fuente: Reinserta.

II.2. COSTOS INDIRECTOS

Los costos indirectos son aquellos relacionados de manera indirecta en la provisión de la intervención, tales como el arrendamiento y/o servicios generales dentro del inmueble (Aponte, *et al.*, 2011).

La guía presupuestaria contiene una categoría titulada “costos indirectos” que contabiliza la renta del inmueble que ocupa Reinserta para su operación, así como el servicio de internet, ello con una restricción de hasta el 10% del pago total por arrendamiento y servicio.

II.2.1. MONTAJE DE DISEÑO

9 % del presupuesto aprobado (equivalente a 22,727 CAD; 358,758 MXN) se destinó al ejercicio de costos indirectos, tal cantidad se distribuyó de la siguiente manera:

TABLA 16. Presupuesto total asignado para las gestiones 2021 y 2022 (18 meses)

RUBRO	CATEGORÍA	MONTO (MXN)	MONTO (CAD)
<i>Costo Indirecto</i>	Renta de bien inmueble	331,758	21,017
	Teléfono, internet	27,000	1,710
Total, Costo Indirecto		358,758	22,727

Fuente: Reinserta.

II.2.2. MODIFICACIONES DOCUMENTADAS

Se procedió con la renta del bien inmueble para llevar a cabo la instalación de la cabina, incluyendo aquellos servicios necesarios como el internet y la línea telefónica.

Durante las gestiones 2021 y 2022, la renta del inmueble alcanzó un monto de 18,431 (MXN)/mes, en total se ejecutó un valor de 331,758.00 (MXN) para los seis trimestres del programa.

El internet y servicio telefónico tuvo un costo de 1,500 (MXN)/mes, en total se ejecutó un valor de 27,000 (MXN) para los seis trimestres del programa.

II.2.3. PRESUPUESTO EJERCIDO

Considerando los datos presentados, se ejerció un presupuesto para el apartado de costos indirectos por 358,758 (MXN).

TABLA 17. Presupuesto total ejercido para las gestiones 2021 y 2022 (18 meses)

RUBRO	CATEGORÍA	MONTO ASIGNADO(MXN)	MONTO (CAD)	MONTO EJERCIDO
<i>Costo Indirecto</i>	Renta de bien inmueble	331,758	21,017	331758
	Teléfono, internet	27,000	1,710	27,000

RUBRO	CATEGORÍA	MONTO ASIGNADO(MXN)	MONTO (CAD)	MONTO EJERCIDO
	Total, Costo Indirecto	358,758	22,727	358,758

Fuente: Reinserta.

II.3. NON COST EXTENSION

Después de una evaluación sobre el cumplimiento del cronograma, la presencia de resultados de efectividad, y la ejecución presupuestal; Reinserta decidió solicitar una extensión del programa a *Grand Challenge Canada*; la cual fue aprobada hasta abril de 2023.

II.3.1. REMANENTE PRESUPUESTAL HASTA SEPTIEMBRE 2022 Y PRESUPUESTO POR EJERCER DURANTE EL ÚLTIMO TRIMESTRE DE LA GESTIÓN 2023

Hasta el 30 de septiembre de la gestión 2022, se tiene un remanente de 11,855 (CAD), quedando así el ejercicio presupuestal por 172,752.83 (MXN).

TABLA 18. Remanente y presupuesto por ejercer gestión 2022

Budget category	Remanente	CAD	Ejercicio
1.1 Remuneration - Funding Recipient's Employees	-0.170735735	1640	23,898.32
1.2 Fees - Subcontractors	19,003.22	1036	15,096.75
1.3 Reimbursable Travel Costs	15,628.51	985	14,353.57
1.4 Reimbursable Goods and Supplies	103,658.3421	6938	101,101.57
1.5 Reimbursable Equipment Costs	-999		0
1.6 Reimbursable Project Administration Costs	11,806.54	943	13,741.54
1.7 Sub-grants	0		0
1.8 Indirect Costs	-1	313	4,561.08
TOTAL	149,096.4413	11,855	172,752.83

Fuente: Reinserta.

II.3.2. PRESUPUESTO EJERCIDO DURANTE EL ÚLTIMO TRIMESTRE DE LA GESTIÓN 2022

Durante el último trimestre de la gestión 2022 se realizaron diferentes actividades en el marco de la fase de cierre del programa, algunas de las cuales fueron:

- Se contrataron seis radios workshop facilitadores para la fase de cierre del programa, además, se requirió la contratación de translation services para algunos entregables en inglés.
- Se realizaron dos viajes a “Quinta del Bosque”, por lo que se requirió del traslado de materiales requeridos para llevar a cabo los últimos talleres.
- Se efectuó la compra de snacks e insumos de protección para COVID.
- Se realizaron las últimas compras de: materiales para el programa de radio, incentivos, kits para los talleres, despensa en reemplazo de hamburguesas y frituras para el cierre del programa.

En tanto, el presupuesto total ejercido para el último trimestre de la gestión 2022, ascendió a un monto de 143,221.97 MXN, quedando una diferencia de 24,969.78 MXN.

TABLA 19. Presupuesto total ejercido durante el último trimestre 2022

Budget category	EJERCICIO	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	DIFERENCIA
1.1 Remuneration – Funding Recipient's Employees	23,898.32		11,188.96	14,918.61	26,107.57	-2,209.25
1.2 Fees – Subcontractors	15,096.75	7,500	27,323.62		34,823.62	-19,726.87
1.3 Reimbursable Travel Costs	14,353.57	13,400	14,535.76		27,935.76	-13,582.19
1.4 Reimbursable Goods and Supplies	101,101.57	14,372.99	23,519.75		37,892.74	63,208.83

Budget category	OCT	NOV	DEC	JAN	FEB	MARCH	APRIL	TOTAL
1.8 Indirect Costs								
TOTAL MONTH	51,735.27	76,568.09	14,918.61	37,100	37,100	37,100	34,500	
TOTAL								289,021.97

Fuente: Reinserta.

II.4. IDENTIFICACIÓN DE LAS METAS FUNDAMENTALES DEL PROGRAMA EN CUANTO A LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS

Las metas fundamentales (comúnmente conocidas en inglés como *milestones*) representan acontecimientos importantes en el desarrollo de un proyecto. Para fines del presente estudio, las metas fundamentales del proyecto se catalogaron en dos dimensiones:

- I. Las metas correspondientes a la operatividad de intervención, esto es, el logro de ciertas condiciones que permitirán operar la intervención.
- II. Las metas correspondientes a la motricidad de la intervención, esto es, la consecución de movimientos complejos y coordinados que dotan de sentido a la intervención.

Ahora bien, para identificar las metas fundamentales del programa en cuanto a la asignación de recursos se entrelazaron los costos directos e indirectos con las metas fundamentales del programa, ello a través de la siguiente matriz:

TABLE 21. Matrix of project milestones dimensions and resource allocation

COSTOS	OPERATIVIDAD	MOTRICIDAD
DIRECTOS	<ul style="list-style-type: none"> ☑ Aprobación/exención ética otorgada por una institución académica. ☑ Aprobación del Centro de Internamiento para Adolescentes “Quinta del Bosque” para la implementación del programa. ☑ Acuerdo de colaboración firmado con la Universidad Iberoamericana para la participación de estudiantes de psicología en el programa. 	<ul style="list-style-type: none"> ☑ Evaluación de línea de base terminada con 100 jóvenes (14-22 años) del centro de internamiento de menores. ☑ Diagnóstico completo de las condiciones de infraestructura del centro de internamiento y de las instalaciones del Centro de Reinserción para Adolescentes y Jóvenes (CRAJ). ☑ Diseño terminado de los talleres basados en la TCC y de los talleres de radio que se llevarán a cabo dentro de las instalaciones. ☑ Talleres de producción de radio y talleres de salud mental realizados con jóvenes en el CRAJ. ☑ Cápsulas de radio creadas por las y los jóvenes del CRAJ y transmitidas en el centro de internamiento. ☑ Sesiones basadas en la TCC impartidas por estudiantes de psicología con adolescentes y jóvenes en el centro de internamiento. ☑ Jóvenes del centro de internamiento capacitados por jóvenes del CRAJ para crear cápsulas de radio. ☑ Cápsulas de radio cocreadas por jóvenes del centro de internamiento y jóvenes del CRAJ y transmitidas en el centro de internamiento. ☑ Evaluación cuantitativa y cualitativa intermedia finalizada con adolescentes y jóvenes del centro de internamiento.

COSTOS	OPERATIVIDAD	MOTRICIDAD
		<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Evaluación cualitativa y cuantitativa final completa con adolescentes y jóvenes en el centro de internamiento. <input checked="" type="checkbox"/> Propuesta de escalamiento del programa completa. <input checked="" type="checkbox"/> Manuales de implementación completos cocreados por jóvenes del centro de internamiento y jóvenes del CRAJ para la réplica del programa.
INDIRECTOS	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Instalaciones para el taller de radio habilitadas en el centro de internamiento y en el Centro de Reinserción para Adolescentes y Jóvenes (CRAJ). 	

II.5. COSTOS INTANGIBLES

Las formas de contabilización son aparentemente neutrales, esto es, sin consecuencias para las y los observados o contabilizados. Sin embargo, todas las formas de contabilidad reflejan pactos o acuerdos sociales sobre lo que debe ser contabilizado y lo que no, y sobre el modo de hacerlo, que tienen grandes implicaciones ideológicas. En ese sentido, la contabilización de los costos intangibles no es sólo una innovación técnica, sino ideológica, porque devela mecanismos sociales de distribución y adscripción estructural de las cargas individuales y colectivas que representa atender cierta problemática que enfrenta determinada población (Durán, 2002).

Los costos intangibles expresan diversos aspectos subjetivos en los que la población se ve afectada ante alguna problemática, por ende, arrojan información sobre los impactos no monetarios. Con ello proporcionan una dimensión añadida que, en combinación con la carga económica (que confieren los costos directos e indirectos), indica de forma más completa el alcance y la magnitud de los costos que involucran la atención de una problemática; lo que les convierte en un componente significativo, muy probablemente bastante grande, de las cargas individuales y colectivas arriba mencionadas (Hodgson & Meiners, 1982; Aponte, *et al.*, 2011).

Más aún, al estar relacionados con aspectos subjetivos, como percepciones, sensaciones y emociones, estos costos resultan difíciles de estimar. Por ejemplo, en el área de la salud, los costos intangibles requieren de métodos tendientes a estimar las percepciones de las y los individuos y su variación en el bienestar por la existencia de una determinada enfermedad; a tal efecto, la estimación de este tipo de costos depende de la particularidad de cada paciente y enfermedad. No obstante, pese a dicha complejidad, en muchas ocasiones, no costearlos, ignorarlos o tergiversarlos, implica una subestimación de las cargas –individuales y colectivas– de la atención de determinado padecimiento, inclusive, puede llegar a sesgar el proceso de toma de decisiones (Hodgson & Meiners, 1982; Johannsson, *et al.*, 1997; Aponte, *et al.*, 2011; Ripari, *et al.*, 2012).

Por todo ello, el presente Estudio aporta la estimación de los costos intangibles que atraviesan las realidades de las y los adolescentes intervenidos por Reinserta.

II.5.1. METODOLOGÍA PARA LA ESTIMACIÓN DE COSTOS INTANGIBLES

Para la estimación de los costos intangibles de la intervención de Reinserta se utilizó una metodología mixta.

Por un lado, se realizó el levantamiento de un instrumento construido por Reinserta, el cual conjuntó dos métodos comúnmente utilizados en estimaciones de costos intangibles:

- i. *Calidad de vida*: valoración de la calidad de vida en el curso de la afectación en salud mental que padecen las y los beneficiarios del programa, basada en el Cuestionario de Salud SF-36 (este Cuestionario fue adaptado a partir de la versión traducida y autorizada para México por *The Medical Outcomes Trust*).
- ii. *Disposición a pagar*: recaba información de las y los beneficiarios del programa sobre su disposición a pagar para paliar o evitar las molestias provocadas por las problemáticas asociadas a la salud mental. Se utilizó una combinación entre las técnicas “aportaciones voluntarias” del enfoque de preferencia revelada y “análisis conjunto” del enfoque de preferencia declarada.

Por otro lado, se diseñó e implementó un *grupo focal*. El método de los grupos focales consiste en preparar una discusión entre un grupo de sujetos representativos de una realidad específica con diversidad de opiniones que se expresan en libertad; permite adentrarnos en las formas de vivir una realidad y facilita el intercambio de opiniones (López, 2016). Este método se ocupó como una estrategia complementaria a la información arrojada por el instrumento arriba mencionado.

II.5.1.1. INSTRUMENTO PARA LA ESTIMACIÓN DE COSTOS INTANGIBLES

II.5.1.1.1. DEFINICIONES CONCEPTUALES Y SU RELACIÓN CON COSTOS INTANGIBLES

CALIDAD DE VIDA

Una diversidad de autores (Ávila, *et al.*, 1996; Cusmano, *et al.*, 2009; Pato, *et al.*, 2011; Aponte, *et al.*, 2011; Ripari, *et al.*, 2012; Ripari, 2013) coinciden en que, en el área de la salud, los costos intangibles están asociados a la pérdida de calidad de vida de la persona por la presencia de alguna enfermedad.

Acorde con Palomba (2002) podría considerarse que calidad de vida resulta ser un término multidimensional que significa tener buenas condiciones de vida ‘objetivas’ y un alto grado de bienestar ‘subjetivo’, también, incluye la satisfacción colectiva de necesidades –en adición a la satisfacción individual de necesidades–.

Análogamente, Ardila (2003) propone una definición más integradora: calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona, posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social incluye: *i.* aspectos subjetivos como la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva; *ii.* aspectos objetivos como el bienestar material; las relaciones armónicas con el ambiente físico social y con la comunidad; y la salud objetivamente percibida.

Por su parte, para la Organización Mundial de la Salud (2006), la calidad de vida es la percepción por parte de los individuos o grupos de que se satisfacen sus necesidades y no se les niegan oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal. Supone la oportunidad de elegir y de obtener satisfacciones por el hecho de vivir. La salud se considera como un recurso que proporciona a las personas la

posibilidad de manejar e incluso modificar su entorno. Esta visión de la salud reconoce la libertad de elección y subraya el papel del individuo y de la comunidad en la definición de su propia salud.

Al considerar la carga de una enfermedad, el dominio de la salud es el aspecto más relevante de la calidad de vida, de ahí que la importancia de la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud radica en la necesidad de obtener el efecto de la enfermedad en la vida diaria del paciente. Por ende, el objetivo fundamental de los instrumentos para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud es conocer los aspectos asociados con las dimensiones mental, física y social que repercuten de manera especial en la vida del paciente (López, *et al.*, 2014).

Ahora bien, las tendencias metodológicas para valorar la calidad de vida se han dado desde los enfoques cuantitativos y cualitativos, ambos enfoques hacen esfuerzos por construir instrumentos, indicadores y escalas con el fin de abarcar la mayor cantidad de dimensiones por su mismo carácter multidimensional (Salas & Garzón, 2013).

Tomando en cuenta el planteamiento de algunos autores, construir y validar una escala sobre la calidad de vida significa, por un lado, ampliar la red de instrumentos de medición existentes en psicología y, por otro, generar información de una temática que aún en la actualidad puede considerarse un tema complejo y de difícil abordaje científico (Verdugo, *et al.*, 2007).

Además, diversidad de expertos (Jordi & Prieto, 1995; Zúñiga, *et al.*, 1999; Cusmano, *et al.*, 2009; Ripari, *et al.*, 2012; Salas & Garzón, 2013; Trujillo, *et al.*, 2014; Sánchez, *et al.*, 2017) coinciden en que, para las estimaciones de la calidad de vida, se requieren instrumentos genéricos, independientes de

diagnóstico y que puedan ser aplicados a diferentes tipos de pacientes o poblaciones, tal es el caso del “Cuestionario de Salud SF-36”.

El “Cuestionario de Salud SF-36” es un instrumento muy completo para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud. Inicialmente, este instrumento se usó en el estudio de resultados médicos, en los que se demostró su validez y confiabilidad; asimismo, se determinaron las normas de comparación para la población de Estados Unidos de América. Posteriormente, el proyecto incluyó 14 países industrializados, en la actualidad, son más de 40 naciones participantes en el uso de esta herramienta.

De este modo, el Cuestionario SF-36 se torna en una herramienta clínica y de investigación, cuyos reactivos y opciones de respuesta ofrecen una redacción entendible y puntuaciones que reflejan la individualidad de cada elemento influyente de la salud del paciente, diferencias específicas de la enfermedad y una autoevaluación muy eficaz de la calidad de vida (Salas & Garzón, 2013; Trujillo, et al., 2014; Sánchez, et al., 2017).

DISPOSICIÓN A PAGAR

La *disposición a pagar* corresponde a la valoración económica de los costos intangibles, donde se sondea la voluntad y posibilidad de que un individuo pague por paliar o evitar las molestias provocadas por determinadas problemáticas. Para tal valoración resulta muy útil la utilización del enfoque de preferencias (Koopmanschap, 1999; Cusmano, et al., 2009; Ripari, et al., 2012; Polentinos, 2015).

El estudio de las preferencias en ciencia social se ha abordado casi siempre adoptando la definición propuesta desde la economía; los comportamientos manifiestos se interpretan como el reflejo de los deseos de la persona, equiparando preferencia y elección. Lo dicho implica que el

término “preferencia” no supone intento alguno de especificar estados mentales, más bien, trata de interpretar el conjunto de capacidades de una persona (la libertad efectiva de la persona), centrándose en un vector de funcionamientos elegido (lo que las personas hacen a partir de su elección). De hecho, según estos enfoques, buena parte de los funcionamientos elegidos –por lo común, rasgos no mentales– se pueden distinguir con claridad (Dowding, 2008; Fernández, 2018).

Entre tanto, cuando se trata del tratamiento de costos intangibles, los enfoques de preferencias que más suelen utilizarse son: el enfoque de preferencia revelada y/o el enfoque de preferencia declarada (Cusmano, *et al.*, 2009; Ripari, *et al.*, 2012; Polentinos, 2015).

El enfoque de preferencia revelada, en el contexto de los servicios de salud, observa decisiones reales que realizan las y los individuos y que afectan al riesgo de presentar problemas de salud, a partir de las cuales se infiere su disponibilidad a intercambiar recursos financieros por estas consecuencias sobre el estado de salud, esto es, recibir un determinado tipo de apoyo es considerado como la expresión de las preferencias de las y los individuos (Puig-Junoy, *et al.*, 2001; Polentinos, 2015; Fernández, 2018).

El enfoque de preferencia declarada estima las preferencias a partir de la disposición a pagar del individuo bajo distintos escenarios, considerando que los datos usados para esta valoración no se basan en las decisiones actuales de los individuos, sino en las preferencias de los individuos expresadas en una encuesta hipotética. En otras palabras, este enfoque conceptualiza las preferencias como elecciones ideales efectuadas ante situaciones hipotéticas (Puig-Junoy, *et al.*, 2001; Ripari, *et al.*, 2012; Fernández, 2018).

El enfoque de preferencia revelada provee cuatro técnicas: 1. Precios hedónicos; 2. Costo de viaje; 3. Costos evitados; 4. Aportaciones voluntarias. Mientras que el enfoque de preferencia declarada facilita dos técnicas: 1. Valoración contingente; 2. Análisis conjunto (Puig-Junoy, *et al.*, 2001; Ripari, *et al.*, 2012; Polentinos, 2015).

II.5.1.1.2. DEFINICIONES OPERACIONALES

Las definiciones operacionales constituyen el conjunto de procedimientos que describe las actividades u operaciones que deben realizarse para medir una variable e interpretar los datos obtenidos. Este tipo de definiciones nos dicen que se tiene que llevar a cabo para recoger datos respecto de una variable (Hernández-Sampieri, *et al.*, 2014).

A continuación, se presentarán las definiciones operacionales para cada constructo arriba definido: calidad de vida y disposición a pagar.

CALIDAD DE VIDA: CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

El Cuestionario de Salud SF-36 es un instrumento para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud.

Existen seis versiones del Cuestionario SF-36 en español que se han adaptado y utilizado en Argentina, Colombia, España, Honduras y México. Para el caso mexicano, Zúñiga, *et al.* (1999) fueron las y los primeros en conseguir la versión autorizada¹⁰ del Cuestionario SF-36 para su uso en México. Para ello, las y los expertos mexicanos siguieron un procedimiento estandarizado de traducción por expertos bilingües, asimismo, se hicieron análisis por grupos focales representativos y se llevó a cabo una evaluación formal de la calidad de la traducción. Cuando la traducción del

¹⁰ La organización que autoriza la réplica y adaptación del Cuestionario SF-36 es "The Medical Outcomes Trust (MOT)".

Cuestionario SF-36 fue autorizada para su uso en México, se analizó psicométricamente para determinar su validez y confianza (véase Anexo Técnico 1).

El Cuestionario de Salud SF-36 se construyó para alcanzar dos estándares de exhaustividad aceptados: (i) la representación de conceptos de salud multidimensionales y (ii) la medición de toda la gama de estados de salud, incluidos los niveles de bienestar y las evaluaciones personales de la salud (Ayuso-Mateos, *et al.*, 1999; Salas & Garzón, 2013).

El instrumento se puede levantar en todos los grupos de edad, enfermedad y tratamiento. A partir de 8 conceptos o escalas de salud (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental), mide tanto estados positivos como negativos de la calidad de vida relacionada con la salud física y mental de las personas (Trujillo, *et al.*, 2014; Sánchez, *et al.*, 2017; QualityMetric, 2022).

Como puede observarse en la siguiente tabla, estos 8 conceptos o escalas de salud y sus correspondientes ítems del Cuestionario SF-36¹¹, forman parte de tres grandes dimensiones (bienestar físico, psicológico y social), las cuales, a su vez, armonizan con el constructo *calidad de vida* que se ha abordado en este apartado.

TABLA X. MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

CONSTRUCTO	DIMENSIONES	CONCEPTOS	ITEMS
CALIDAD DE VIDA <i>Ardila (2003)</i>	BIENESTAR FÍSICO <i>INEE (2022)</i>	<i>Función física</i> Extensión de las limitaciones de las	De las siguientes actividades, ¿crees que tu salud actual te limita a realizar alguna de ellas?

¹¹ El lenguaje utilizado en los ítems que se visualizan en la Tabla X fue adaptado de la versión original del SF-36. La adaptación se realizó acorde con el perfil de la población intervenida por Reinserta: adolescentes en internamiento.

CONSTRUCTO	DIMENSIONES	CONCEPTOS	ITEMS
<p><i>Calidad de vida</i> es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye, como aspectos subjetivos: la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Y, como aspectos objetivos: el bienestar material; las relaciones armónicas con el ambiente físico social y con la comunidad; y la salud objetivamente percibida.</p>	<p>El bienestar físico se define como la capacidad de realizar actividades físicas y llevar a cabo funciones sociales que no estén impedidas por limitaciones físicas y experiencias de dolor físico e indicadores de salud biológica.</p>	<p>personas para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluidas bañarse o ducharse, debido a problemas de salud.</p>	<p>a) Esfuerzos intensos, como correr, o participar en actividades deportivas. b) Esfuerzos moderados, como mover un objeto, o caminar por tiempo prolongado. c) Subir escaleras. d) Agacharme o arrodillarme. e) Bañarme o vestirme por mí mismo (a).</p>
		<p><i>Rol físico</i> Problemas con las actividades diarias que se corresponden con su malestar físico.</p>	<p>¿Has presentado dolor en alguna parte del cuerpo durante tu estancia en internamiento? a) Ninguno b) Muy poco c) Poco d) Moderado e) Mucho</p>
		<p><i>Dolor corporal</i> Grado de dolencia que limita las actividades realizadas diariamente.</p>	<p>Durante tu estancia en internamiento, ¿hasta qué punto el dolor te ha dificultado llevar a cabo tus actividades habituales? a) Nada b) Un poco c) Regular d) Bastante e) Mucho</p> <p>¿Has tenido alguna de las siguientes dificultades a causa de tu salud física? i. ¿Tuviste que reducir el tiempo dedicado a tus actividades cotidianas? a) Nunca b) Rara vez</p>

CONSTRUCTO	DIMENSIONES	CONCEPTOS	ITEMS
			<ul style="list-style-type: none"> c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre ii. ¿Hiciste menos actividades de las que hubieras querido hacer? <ul style="list-style-type: none"> a) Nunca b) Rara vez c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre iii. ¿Tuviste que dejar de hacer algunas actividades cotidianas? <ul style="list-style-type: none"> a) Nunca b) Rara vez c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre iv. ¿Tuviste dificultad para hacer tus actividades cotidianas? <ul style="list-style-type: none"> a) Nunca b) Rara vez c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre
		<p><i>Salud mental</i></p> <p>Existencia estable de sentimientos de angustia y depresión o de felicidad y tranquilidad.</p>	<p>¿Con qué frecuencia...</p> <ul style="list-style-type: none"> i. ... has estado muy nervioso (a)? <ul style="list-style-type: none"> a) Nunca b) Rara vez c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre ii. ... te has sentido desanimado (a)? <ul style="list-style-type: none"> a) Nunca b) Rara vez

CONSTRUCTO	DIMENSIONES	CONCEPTOS	ITEMS
			<ul style="list-style-type: none"> c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre iii. ... te has sentido deprimido (a)? <ul style="list-style-type: none"> a) Nunca b) Rara vez c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre iv. ... te has sentido agotado (a)? <ul style="list-style-type: none"> a) Nunca b) Rara vez c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre v. ... te has sentido cansado (a)? <ul style="list-style-type: none"> a) Nunca b) Rara vez c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre
	<p>BIENESTAR PSICOLÓGICO</p> <p>García & González (2000)</p> <p>El bienestar psicológico expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo, que se define por su naturaleza subjetiva vivencial. Posee</p>	<p><i>Vitalidad</i></p> <p>Grado de energía con la que cuenta.</p> <hr/> <p><i>Rol emocional</i></p> <p>Problemas con las actividades diarias a consecuencia de</p>	<p>Durante tu estancia en internamiento, ¿con qué frecuencia te sientes sin energía para realizar tus actividades cotidianas?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nunca b) Rara vez c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre <hr/> <p>Durante tu estancia en internamiento, ¿con qué frecuencia has tenido alguno de los siguientes problemas en tus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional [como</p>

CONSTRUCTO	DIMENSIONES	CONCEPTOS	ITEMS
	<p>elementos reactivos, transitorios, vinculados a la esfera emocional, y elementos estables que son expresión de lo cognitivo, de lo valorativo; ambos estrechamente vinculados entre sí y muy influidos por la personalidad como sistema de interacciones complejas, y por las circunstancias medioambientales.</p>	<p>problemas emocionales.</p> <p><i>Función social</i></p> <p>Frecuencia con la que los problemas físicos o emocionales interfieren con las actividades sociales.</p>	<p>nerviosismo, desánimo, tristeza o depresión]?</p> <p>i. ¿Tuviste que reducir el tiempo dedicado a tus actividades cotidianas?</p> <p>a) Nunca b) Rara vez c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre</p> <p>ii. ¿Hiciste menos actividades de las que hubieras querido hacer?</p> <p>a) Nunca b) Rara vez c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre</p> <p>¿Hasta qué punto tu salud física ha dificultado llevar a cabo tus actividades sociales con las personas que te visitan?</p> <p>a) No recibo visitas b) Nada c) Un poco d) Regular e) Bastante f) Mucho</p> <p>¿Hasta qué punto los problemas emocionales han dificultado llevar a cabo tus actividades sociales con las personas que te visitan?</p> <p>a) No recibo visitas b) Nada c) Un poco d) Regular</p>

CONSTRUCTO	DIMENSIONES	CONCEPTOS	ITEMS
			<p>e) Bastante f) Mucho</p> <p>¿Hasta qué punto tu salud física ha dificultado llevar a cabo tus actividades sociales con las personas que te llaman por teléfono?</p> <p>a) No recibo llamadas telefónicas b) Nada c) Un poco d) Regular e) Bastante f) Mucho</p> <p>¿Hasta qué punto los problemas emocionales han dificultado llevar a cabo tus actividades sociales con las personas que te llaman por teléfono?</p> <p>a) No recibo llamadas telefónicas b) Nada c) Un poco d) Regular e) Bastante f) Mucho</p> <p>¿Hasta qué punto tu salud física ha dificultado llevar a cabo tus actividades sociales con quienes convives al interior del Centro de internamiento?</p> <p>a) Nada b) Un poco c) Regular</p>

CONSTRUCTO	DIMENSIONES	CONCEPTOS	ITEMS
			<p>d) Bastante e) Mucho</p> <p>¿Hasta qué punto los problemas emocionales han dificultado llevar a cabo tus actividades sociales con quienes convives al interior del Centro de internamiento?</p> <p>a) Nada b) Un poco c) Regular d) Bastante e) Mucho</p>
	<p>BIENESTAR SOCIAL</p> <p>Keyes (1998); Blanco & Díaz (2005)</p> <p>El bienestar social es la valoración de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad. Está compuesto por la integración social, la aceptación social, la contribución social, la actualización social, y la coherencia social.</p>	<p><i>Salud general</i></p> <p>Percepción del estado de salud.</p>	<p>En general, dirías que tu salud es:</p> <p>a) Mala b) Regular c) Buena d) Muy buena e) Excelente</p> <p>Responde si te parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:</p> <p>i. Creo que me enfermo más fácilmente que otras personas: a) Totalmente falsa b) Falsa c) No lo sé d) Cierta e) Totalmente cierta</p> <p>ii. Creo que mi salud va a empeorar: a) Totalmente falsa b) Falsa c) No lo sé d) Cierta e) Totalmente cierta</p>

CONSTRUCTO	DIMENSIONES	CONCEPTOS	ITEMS
			iii. Mi salud es excelente: a) Totalmente falsa b) Falsa c) No lo sé d) Cierta e) Totalmente cierta

Sobre la medición del instrumento (Zúñiga, *et al.*, 1999; Trujillo, *et al.*, 2014; Sánchez, *et al.*, 2017), se construyen perfiles de los ocho conceptos o escalas de salud mediante el resultado promedio de la suma sistemática de las preguntas correspondientes a cada escala. Además, pueden obtenerse puntuaciones resúmenes de salud física y de salud mental a partir las siguientes combinaciones:

- Medida sumario físico: función física, rol físico, dolor corporal.
- Medida sumario mental: salud mental, vitalidad y rol emocional.

DISPOSICIÓN A PAGAR: ENFOQUE DE PREFERENCIAS

Analizando cada una de estas técnicas de los enfoques de preferencias reveladas y declaradas, a consideración de las especificidades del proyecto en cuestión, la estrategia más útil para el levantamiento –y, su correspondiente análisis– será una combinación entre las técnicas “aportaciones voluntarias” del enfoque de preferencia revelada y “análisis conjunto del enfoque de preferencia declarada.

La técnica “aportaciones voluntarias” estima la disposición a pagar de las y los individuos para contribuir en la mejora de su estado de salud (Ripari, *et al.*, 2012; Ripari, 2013). Para ello se ocupan preguntas exploratorias alrededor de la disponibilidad a intercambiar recursos financieros para evitar consecuencias sobre el estado de salud (Puig-Junoy, *et al.*, 2001).

Una estructura frecuentemente utilizada es: [ante un contexto determinado], “¿estaría tendría disposición a pagar por [bien o servicio que evita o mejora la problemática enfrentada]?” (Riera, 1994).

La técnica “análisis conjunto” ofrece una ordenación de alternativas a través de la disposición a pagar por la mejora en el estado de salud de la persona afectada (Ripari, *et al.*, 2012; Ripari, 2013). Resulta ser una técnica complementaria a la de “aportaciones voluntarias”, ya que no sólo explora la disposición a pagar por sí sola, en su lugar, amplía el espectro de razones por las que la persona encuestada se encuentra (o no) dispuesta a pagar, además, impulsa variaciones en dicha disposición al colocar un abanico de opciones alrededor de la situación que desea afrontar.

Entre las posibilidades de aplicar la técnica “análisis conjunto” (Puig-Junoy, *et al.*, 2001; González, *et al.*, 2012) están las siguientes:

- I. Elección: se pide a la persona encuestada que seleccione la alternativa preferida del conjunto presentado.
- II. Jerarquización: se pide a la persona encuestada que clasifique un conjunto de alternativas en las que se describen calidades del bien o servicio que necesita, las cuales difieren únicamente en los niveles de los diferentes atributos.
- III. Escalamiento: se pide a la persona encuestada que exprese el grado de preferencia entre dos opciones de acuerdo con una escala semántica.

Además, en caso de que la persona encuestada no presente disposición a pagar, se pide a la persona encuestada que se elija una o varias de las posibles razones por las que podría no estar dispuesta a pagar, p.ej. razones asociadas a su estrato socioeconómico o pérdida de empleo (Puig-Junoy, *et al.*, 2001; González, *et al.*, 2012).

Como puede observarse en la siguiente tabla,

TABLA 23. MEDICIÓN DE LA DISPOSICIÓN A PAGAR CON LAS TÉCNICAS
“APORTACIONES VOLUNTARIAS” Y “ANÁLISIS CONJUNTO” DEL ENFOQUE DE PREFERENCIAS

CONSTRUCTO	DIMENSIONES	CONCEPTOS	ITEMS
<p>DISPOSICIÓN A PAGAR</p> <p>Koopmanschap, (1999); Cusmano, et al. (2009); Ripari, et al. (2012); Polentinos, (2015)</p> <p>La <i>disposición a pagar</i> corresponde a la valoración económica de los costos intangibles, donde se sondea la voluntad y posibilidad de que un individuo pague por paliar o evitar las molestias provocadas por determinadas problemáticas. Para tal valoración resulta muy útil</p>	<p>ENFOQUE DE PREFERENCIA REVELADA</p> <p>Puig-Junoy, et al. (2001); Polentinos, (2015), Fernández (2018)</p> <p>El enfoque de preferencia revelada, en el contexto de los servicios de salud, observa decisiones reales que realizan las y los individuos y que afectan al riesgo de presentar problemas de salud, a partir de las cuales se infiere su disponibilidad a intercambiar recursos financieros por estas consecuencias sobre el estado de salud.</p>	<p><i>Aportaciones voluntarias</i></p> <p>Ripari, et al. (2012); Puig-Junoy, et al. (2001)</p> <p>Estima la disposición a pagar de las y los individuos para contribuir en la mejora de su estado de salud. Ocupa preguntas exploratorias alrededor de la disponibilidad a intercambiar recursos financieros para evitar consecuencias sobre el estado de salud.</p>	<p>¿Consideras que recibir atención psicológica profesional te sería de ayuda?</p> <p>a) Totalmente desacuerdo b) Desacuerdo c) Tal vez d) De acuerdo e) Totalmente de acuerdo</p> <p>¿Cuáles son las razones por las que recibir atención psicológica profesional NO te sería de ayuda? (puedes marcar más de una respuesta)</p> <p>a) He recibido acompañamiento psicológico profesional y no siento que me haya ayudado. b) El acompañamiento psicológico profesional es muy tardado y me ocupa mucho tiempo. c) No confío en psicólogos (as). d) Mis problemas no tienen que ver con ayuda psicológica profesional. e) No sé qué es un acompañamiento psicológico profesional. f) Otra (s)</p> <p>¿Tendrías disposición a pagar por atención psicológica profesional?</p> <p>a) Totalmente desacuerdo b) Desacuerdo</p>

CONSTRUCTO	DIMENSIONES	CONCEPTOS	ITEMS
<p>la utilización del enfoque de preferencias. Cuando se trata de costos intangibles, los enfoques de preferencias que más suelen utilizarse son: el enfoque de preferencia revelada y/o el enfoque de preferencia declarada.</p>			<p>c) Tal vez d) De acuerdo e) Totalmente de acuerdo</p> <p>¿Cuánto pagarías por atención psicológica profesional?</p> <p>a) Nada, no estaría en disposición de pagar por ese servicio. b) Solo un poco, creo que es un servicio barato. c) Solo un poco, ya que no tengo los medios económicos suficientes para pagar mucho por ese servicio. d) Pagaría lo que la gente suele pagar por ese tipo de servicios. e) Mucho, creo que es un servicio caro, pero "lo vale". f) Mucho, inclusive pediría dinero prestado.</p> <p>Considerando las siguientes cantidades, ¿cuánto pagarías por atención psicológica profesional (por una consulta)? (marca sólo una casilla)</p> <p>a) Nada b) \$100 pesos mexicanos c) \$250 pesos mexicanos d) \$500 pesos mexicanos e) \$750 pesos mexicanos f) \$1000 pesos mexicanos</p> <p>¿Cuáles son las razones por las que NO tendrías disposición a pagar por</p>

CONSTRUCTO	DIMENSIONES	CONCEPTOS	ITEMS
			<p>atención psicológica profesional? (puedes marcar más de una respuesta)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ninguna, ya que Sí tuviese disposición a pagar por ese servicio b) No tomo las decisiones económicas en mi hogar y mis padres/tutores no me darían dinero para eso. c) No tengo los medios económicos propios y suficientes para pagar d) Mi familia y/o amistades me juzgarían por pagar por ese tipo de servicios e) No creo que valga la pena gastar en ese tipo de servicios f) Considero que sólo lo pagan quienes tienen problemas de salud mental g) Creo que ese tipo de servicios deberían ser gratuitos h) No me interesa pagar por ese tipo de servicios i) No he pagado por ese tipo de servicios antes y no lo haría ahora j) Otro <p>En caso de que las consultas de atención psicológica profesional fuesen gratuitas, ¿participarías?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Totalmente desacuerdo. b) Desacuerdo c) Tal vez d) De acuerdo e) Totalmente de acuerdo

CONSTRUCTO	DIMENSIONES	CONCEPTOS	ITEMS
	<p>ENFOQUE DE PREFERENCIA DECLARADA</p> <p>INEE (2022)</p> <p>Estima las preferencias a partir de la disposición a pagar del individuo bajo distintos escenarios, considerando que los datos usados para esta valoración no se basan en las decisiones actuales de los individuos, sino en las preferencias de los individuos expresadas en una encuesta hipotética.</p>	<p><i>Análisis conjunto</i></p> <p>Ripari, et al. (2012); Puig-Junoy, et al. (2001); González, et al. (2012)</p> <p>Ofrece una ordenación de alternativas a través de la disposición a pagar por la mejora en el estado de salud de la persona afectada. Entre las posibilidades de aplicar la técnica están: elección, jerarquización y escalamiento.</p>	<p>Te mencionaremos algunas alternativas de acompañamiento psicológico, por favor, contesta “SÍ” cuando la alternativa te convenza y “NO” cuando la alternativa no te convenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pláticas sobre la importancia de la salud mental (Diálogos con especialistas sobre la importancia de la forma en que pensamos, sentimos y actuamos cuando enfrentamos la vida) <input type="checkbox"/> Talleres de autocuidado de la salud mental (Espacio de trabajo para desarrollar capacidades de atención que promuevan estados de bienestar psicológico) <input type="checkbox"/> Terapia individual (Encuentro personal entre el/la especialista y la persona adolescente, en un ambiente de aceptación, confidencialidad y apertura) <input type="checkbox"/> Terapia grupal (Encuentro entre el/la especialista y personas adolescentes, que ofrece la oportunidad de empatizar y reflexionar en conjunto). <input type="checkbox"/> Terapia familiar (Encuentro entre el/la especialista, la persona adolescente y su familia, con el fin de mejorar las dinámicas relacionales interfamiliares)

CONSTRUCTO	DIMENSIONES	CONCEPTOS	ITEMS
			<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Grupos de apoyo (Encuentro entre personas adolescentes que enfrentan problemáticas similares: red de apoyo y aprendizajes entre sí) <input type="checkbox"/> Sesiones de atención plena (Sesiones de meditación y relajación donde se reflexiona sobre aquellos sentimientos y emociones que están experimentando en el presente) <input type="checkbox"/> Cursos impartidos por especialistas en salud mental (Clases impartidas por especialistas en salud mental que abordan temáticas específicas, tales como ansiedad, depresión, entre otras) <input type="checkbox"/> Proyectos de habla-escucha sobre salud mental (Podcast y/o programas de radio donde se trasmite a especialistas y/o adolescentes conversando sobre temáticas asociadas a salud mental) <input type="checkbox"/> Ferias de Salud Mental (Evento con stands / puestos sobre temáticas relacionadas con salud mental (adicciones, sexualidad, género, entre otras)) <p>Ordena las siguientes alternativas de acompañamiento psicológico del 1 al 10, de acuerdo con tu preferencia:</p>

CONSTRUCTO	DIMENSIONES	CONCEPTOS	ITEMS
			<p>dónde "1" es la máxima preferencia y "10" la mínima preferencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pláticas sobre la importancia de la salud mental (Diálogos con especialistas sobre la importancia de la forma en que pensamos, sentimos y actuamos cuando enfrentamos la vida) <input type="checkbox"/> Talleres de autocuidado de la salud mental (Espacio de trabajo para desarrollar capacidades de atención que promuevan estados de bienestar psicológico) <input type="checkbox"/> Terapia individual (Encuentro personal entre el/la especialista y la persona adolescente, en un ambiente de aceptación, confidencialidad y apertura) <input type="checkbox"/> Terapia grupal (Encuentro entre el/la especialista y personas adolescentes, que ofrece la oportunidad de empatizar y reflexionar en conjunto). <input type="checkbox"/> Terapia familiar (Encuentro entre el/la especialista, la persona adolescente y su familia, con el fin de mejorar las dinámicas relacionales interfamiliares) <input type="checkbox"/> Grupos de apoyo (Encuentro entre personas adolescentes que enfrentan problemáticas similares: red de apoyo y aprendizajes entre sí)

CONSTRUCTO	DIMENSIONES	CONCEPTOS	ITEMS
			<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sesiones de atención plena (Sesiones de meditación y relajación donde se reflexiona sobre aquellos sentimientos y emociones que están experimentando en el presente) <input type="checkbox"/> Cursos impartidos por especialistas en salud mental (Clases impartidas por especialistas en salud mental que abordan temáticas específicas, tales como ansiedad, depresión, entre otras) <input type="checkbox"/> Proyectos de habla-escucha sobre salud mental (Podcast y/o programas de radio donde se trasmite a especialistas y/o adolescentes conversando sobre temáticas asociadas a salud mental) <input type="checkbox"/> Ferias de Salud Mental (Evento con stands / puestos sobre temáticas relacionadas con salud mental (adicciones, sexualidad, género, entre otras)) <p>¿Tendrías disposición a pagar por la(s) alternativa(s) de acompañamiento psicológico que elegiste?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Totalmente desacuerdo b) Desacuerdo c) Tal vez d) De acuerdo e) Totalmente de acuerdo

CONSTRUCTO	DIMENSIONES	CONCEPTOS	ITEMS
			<p>¿Cuánto pagarías por la(s) alternativa(s) de acompañamiento psicológico que elegiste?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nada, no estaría en disposición de pagar por esa(s) alternativas(s) b) Sólo un poco, creo que la(s) alternativa(s) que elegí son baratas c) Sólo un poco, ya que no tengo los medios económicos suficientes para pagar mucho por la(s) alternativa(s) que elegí d) Pagaría lo que la gente suele pagar por ese tipo de servicios e) Mucho, creo que elegí alternativa(s) cara(s), pero "lo vale" f) Mucho, inclusive pediría dinero prestado <p>¿Cuáles son las razones por las que NO tendrías disposición a pagar por la(s) alternativa(s) de acompañamiento psicológico?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ninguna, ya que Sí tuviese disposición a pagar b) No tomo las decisiones económicas en mi hogar y mis padres/tutores no me darían dinero para eso c) No tengo los medios económicos propios y suficientes para pagar

CONSTRUCTO	DIMENSIONES	CONCEPTOS	ITEMS
			<p>d) Mi familia y/o amistades me juzgarían por pagar por ese tipo de servicios</p> <p>e) No creo que valga la pena gastar en ese tipo de servicios</p> <p>f) Considero que sólo lo pagan quienes tienen problemas de salud mental</p> <p>g) Creo que ese tipo de servicios deberían ser gratuitos</p> <p>h) No me interesa pagar por ese tipo de servicios</p> <p>i) No he pagado por ese tipo de servicios antes y no lo haría ahora</p> <p>j) Otra (s):</p> <p>En caso de que la(s) alternativa(s) de acompañamiento psicológico que elegiste fuesen gratuitas, ¿participarías en ellas?</p> <p>a) Totalmente desacuerdo</p> <p>b) Desacuerdo</p> <p>c) Tal vez</p> <p>d) De acuerdo</p> <p>e) Totalmente de acuerdo</p>

II.5.2. LEVANTAMIENTO

El 29 y 30 de junio del 2022 se llevó a cabo la aplicación del instrumento diseñado para la estimación de costos intangibles. El levantamiento recuperó información de 122 adolescentes y jóvenes en conflicto con la ley.

La población por sexo se distribuyó en 14 mujeres (11%) y 108 hombres (89%), ambos grupos con una edad promedio de 18 años; además, 74% proviene del Estado de México.

Respecto al nivel educativo, resalta que 50% de las mujeres y 33% de los hombres no cuentan con estudios, lo que representa un 35% del total de adolescentes y jóvenes encuestados; seguido del 27.5% que mencionaron sólo tener secundaria completa y del 27% que cuenta con secundaria inconclusa. Por su parte, 88% (93% en mujeres y 87% en hombres) de las y los adolescentes y jóvenes se encuentran estudiando actualmente dentro del centro, siendo Preparatoria el nivel educativo con mayor cobertura con 62.6% (76.9% en mujeres y 61% en hombres).

TABLA 24. Nivel de estudios y condición actual de escolaridad de las y los adolescentes y jóvenes en conflicto con la ley

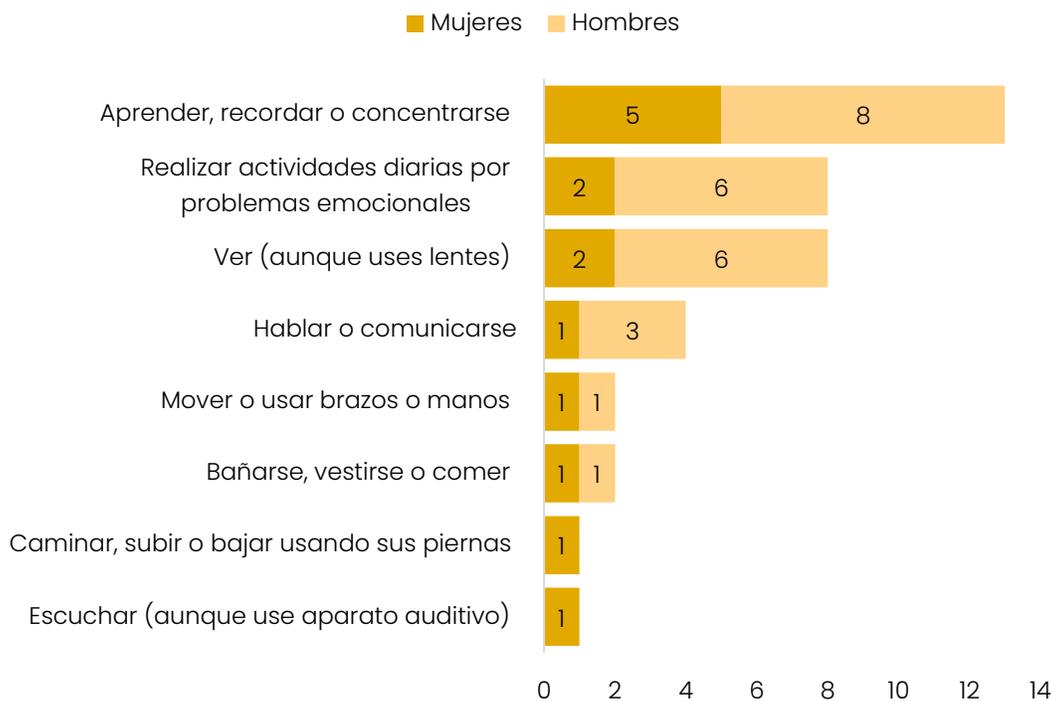
	Mujeres		Hombres		Total	
	Frec.	Porcent.	Frec.	Porcent.	Frec.	Porcent.
Nivel de estudios	14	100%	106	98%	120	98%
Sin estudios	7	50%	35	33%	42	35%
Preescolar inconcluso			1	1%	1	0.8%
Primaria inconclusa	1	7%	2	2%	3	2.5%
Primaria completa			4	4%	4	3.2%
Secundaria inconclusa	2	14%	30	28%	32	27%
Secundaria completa	3	22%	30	28%	33	27.5%
Preparatoria completa	1	7%	4	4%	5	4%
Actualmente estudia en el Centro de Internamiento	13	93%	94	87%	107	88%
Primaria	1	7.7%	5	5%	6	5.6%
Secundaria	1	7.7%	32	34%	33	30.9%
Preparatoria	10	76.9%	57	61%	67	62.6%

	Mujeres		Hombres		Total	
	Frec.	Porcent.	Frec.	Porcent.	Frec.	Porcent.
Licenciatura	1	7.7%			1	.9%

Fuente: Reinserta.

Por añadidura, sobre dificultades para ver, hablar, escuchar, entre otras; 21% (6 mujeres y 20 hombres) reportaron tener al menos una dificultad. Las dificultades reportadas más comunes fueron: Aprender, recordar o concentrarse; Realizar actividades diarias por problemas emocionales; Ver (aunque use lentes); y Hablar o comunicarse.

GRÁFICA 1. Dificultades reportadas por las y los adolescentes y jóvenes en conflicto con la ley



Fuente: Reinserta.

II.5.3. RESULTADOS

Al igual que el instrumento levantado, esta sección se encuentra dividida en seis ejes temáticos que pretenden otorgar una perspectiva de la calidad de vida de la población encuestada, y su disposición a pagar por mejorarla, en específico, por mejorar su bienestar psicológico.

CALIDAD DE VIDA Y ESTADO DE SALUD GENERAL

Al respecto, 37% (21% en mujeres y 38% en hombres) perciben su estado de salud general como “Bueno”, 30% lo percibe como “Muy Buena” (28.5% en mujeres y 30.56% en hombres), 18% (36% en mujeres y 16% en hombres) como “Regular” y sólo 14% (7% en mujeres y 15% en hombres) como “Excelente”. No obstante, pese a que más de la mitad considera que su estado de salud general es bueno o muy bueno, entre 6% y 12% reportó limitantes para realizar esfuerzos moderados o para agacharse o arrodillarse, y 22% (20% poca limitación y 2% limitación alta) reportó tener limitaciones para realizar esfuerzos intensos.

GRÁFICA 2. Estado de salud actual presenta dificultades para...

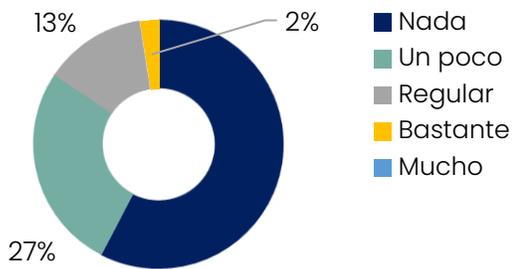


Fuente: Reinserta.

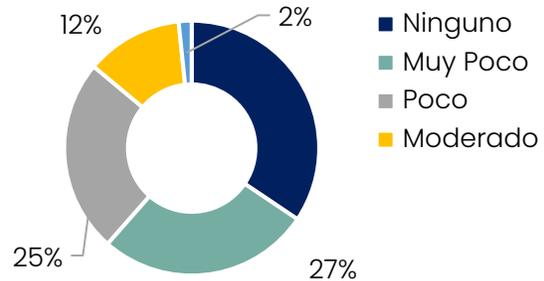
CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON EL BIENESTAR FÍSICO

Sobre el bienestar físico de las y los participantes, 66% reportó sentir algún tipo de dolor corporal durante su internamiento, de los cuales, 14% presentó un nivel de dolor de moderado a mucho. Cabe resaltar que, 42% ha tenido dificultades para realizar sus actividades habituales debido a este dolor, de los cuales, 15% indicó que el dolor corporal les ha dificultado de regular a bastante.

GRÁFICA 3. El dolor ha dificultado llevar a cabo actividades habituales



GRÁFICA 4. Presencia de dolor corporal durante la estancia en internamiento

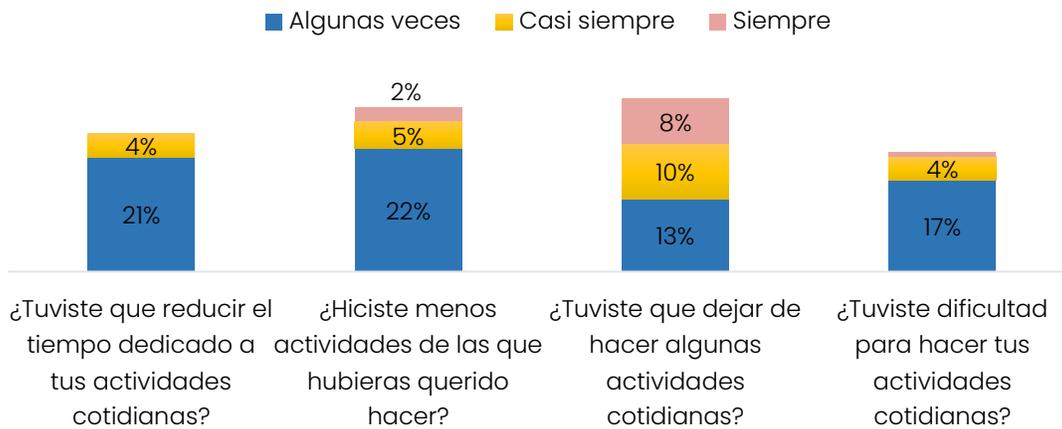


Fuente: Reinserta.

De hecho, fue posible observar que, mientras mayor es el nivel de dolor corporal que han sentido las y los adolescentes y jóvenes, mayores son las dificultades que han presentado para realizar sus actividades diarias.

Ahora bien, respecto de cambios en su cotidianidad a causa de dificultades asociadas a la salud física, al menos en alguna ocasión, 53% reportó que tuvo que reducir el tiempo dedicado a sus actividades cotidianas, 58% realizó menos actividades de las que hubiera querido hacer, 48% tuvo que dejar de hacer algunas actividades cotidianas, y 40% presentó dificultad para hacer sus actividades cotidianas.

GRÁFICA 5. Cambios a causa de dificultades asociadas a la salud física



Fuente: Reinserta.

CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON EL BIENESTAR PSICOLÓGICO

Una de las dimensiones más importantes para los fines del presente estudio es el bienestar psicológico. Frente a ello, respecto a la existencia de sentimientos de angustia y depresión, entre 73% y 82% de la población reportó haber sentido nerviosismo, desánimo, depresión, cansancio o agotamiento. Específicamente, 82% sintió nerviosismo, 80% agotamiento o cansancio, 78% desánimo y 73% depresión, al menos en alguna ocasión. Inclusive, entre 14% y 8% indican que estos sentimientos se les presentan siempre o casi siempre.

GRÁFICA 6. Presencia de problemas emocionales



Fuente: Reinserta.

Además, 78% mostró ausencia, en algún grado, de energía para realizar sus actividades cotidianas. De estos, destaca que 24% reportó este sentimiento algunas veces y 9% se siente sin energía siempre o casi siempre.

GRÁFICA 7. Ausencia de energía



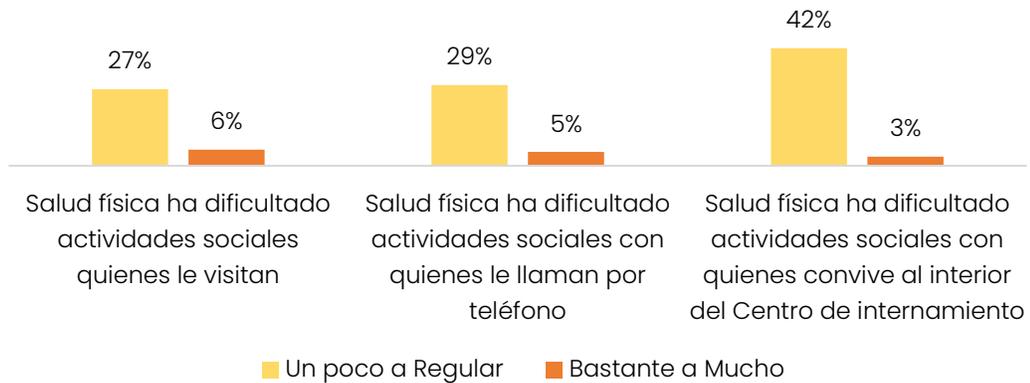
Fuente: Reinserta.

Frente a ambos escenarios, a causa de los problemas emocionales y su afectación en el bienestar psicológico, 26% de las y los participantes consideran que hicieron menos actividades de las que hubieran querido hacer, y 24% tuvieron que reducir el tiempo dedicado a sus actividades cotidianas.

CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON EL BIENESTAR SOCIAL (FUNCIÓN SOCIAL)

Sobre el bienestar social y su relación con el bienestar físico de las y los participantes, 33% considera que su salud física le ha dificultado llevar a cabo actividades sociales con las personas que le visitan y 34% con las personas que le hablan por teléfono; más aún, 45% considera que su salud física ha dificultado llevar a cabo actividades sociales con quienes conviven al interior del Centro de internamiento.

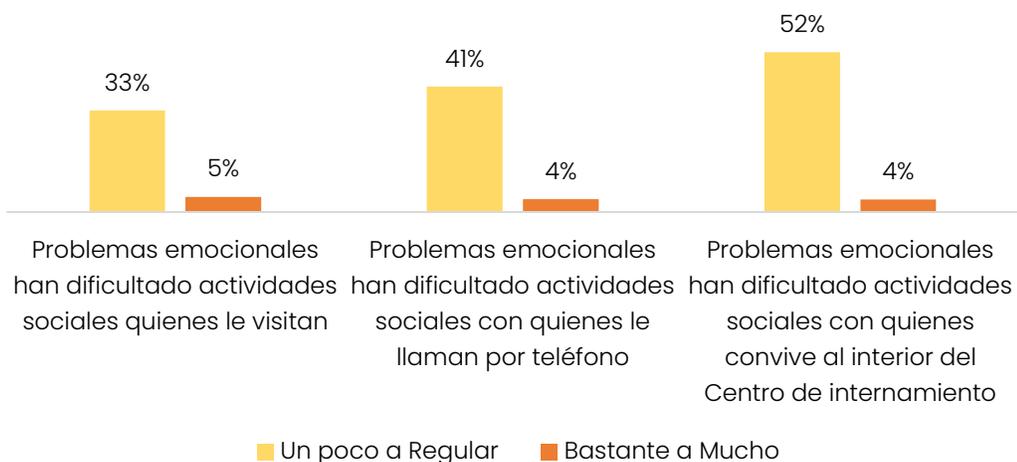
GRÁFICA 8. Relación entre el bienestar físico y el bienestar social



Fuente: Reinserta.

Por su parte, sobre el bienestar social y su relación con el bienestar psicológico de las y los participantes, 38% considera que los problemas emocionales le han dificultado llevar a cabo actividades sociales con las personas que le visitan y 45% con las personas que le hablan por teléfono. Destaca que 56% considera que los problemas emocionales han dificultado llevar a cabo actividades sociales con quienes conviven al interior del Centro de internamiento.

GRÁFICA X. Relación entre el bienestar psicológico y el bienestar social



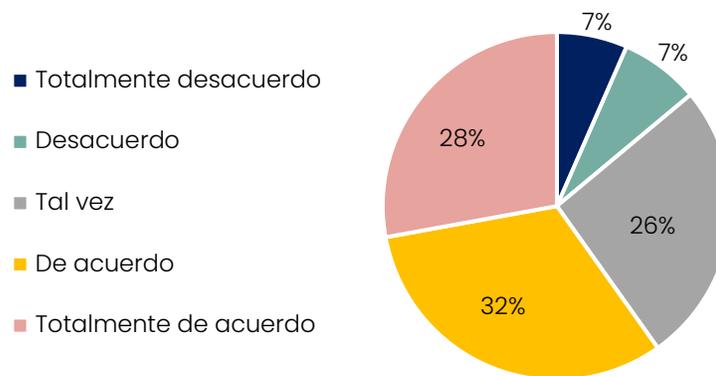
Fuente: Reinserta.

DISPOSICIÓN A PAGAR DESDE LA PREFERENCIA REVELADA (APORTACIONES VOLUNTARIAS)

Como se menciona arriba, la técnica “aportaciones voluntarias” estima la disposición a pagar de las y los individuos para contribuir en la mejora de su estado de salud (Ripari, et al., 2012; Ripari, 2013).

Por ende, respecto a la percepción de la utilidad de recibir ayuda psicológica profesional, únicamente 14% de la población declaró que está en “desacuerdo” o “totalmente en desacuerdo” con la afirmación de que esta atención sería de ayuda. De la población total, 26% declaró que “tal vez” le serviría de ayuda y 60% estableció estar “de acuerdo” o “totalmente de acuerdo” con la afirmación.

GRÁFICA 9. Percepción sobre la utilidad de recibir ayuda psicológica profesional



Fuente: Reinserta.

Frente aquella población que declaró que no le sería de ayuda la atención psicológica profesional, como principal razón fue que han recibido atención psicológica previamente y sienten que no les ha ayudado (27%), seguido por la consideración de que sus problemas no tienen que ver con ayuda psicológica profesional (20.5%) y la desconfianza hacia personal profesional en psicología (16%).

No obstante, revisando con detenimiento las respuestas de la población que declaró que no le sería de ayuda la atención psicológica profesional, si bien, en una pregunta previa respondieron que no les sería de utilidad la atención psicológica, se pudo evidenciar que, a través de la última opción a elegir denominada “OTRA”, cuyo porcentaje alcanzó un 17%, se valida que 71% (12 de 17 respuestas) de las y los participantes indican que consideran de utilidad la atención psicológica, o bien, les ha ayudado en ocasiones anteriores.

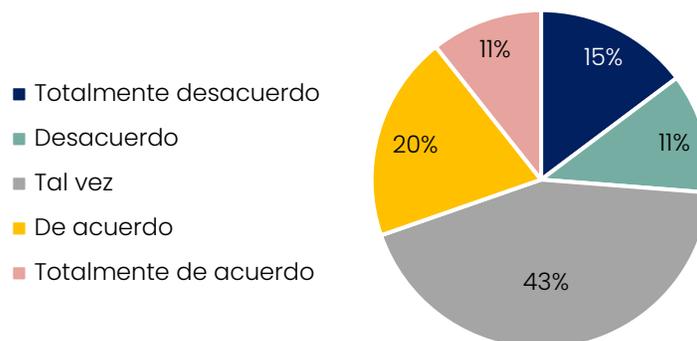
FIGURA 10. Respuestas de la opción denominada “OTRA”

1	A mí sí me ha ayudado
2	Considero que recibir atención me serviría de mucho
3	Considero que sí es relevante recibir ayuda psicológica
4	Considero que sí me sería y es de ayuda
5	Considero que sí sería de ayuda
6	El acompañamiento psicológico me está ayudando
7	La atención psicológica profesional sí es de ayuda
8	Es por el motivo que estoy aquí
9	Recibir atención psicológica me sería de ayuda
10	Sí ayuda mucho
11	Sí me ha ayudado
12	Sí me serviría de ayuda la atención psicológica

Fuente: Reinserta.

Ahora bien, respecto a la disposición a pagar por atención psicológica profesional, la población se concentra en la opción de “tal vez” con un 43%, mientras que 26% no está de acuerdo (en desacuerdo 11% o totalmente en desacuerdo 15%) con pagar por esta atención, y 31% declara estar de acuerdo (20%) o totalmente de acuerdo (11%) con pagar por la atención psicológica profesional.

GRÁFICA 11. Disposición a pagar por atención psicológica profesional



Fuente: Reinserta.

Ahora bien, al preguntar sobre el monto que está dispuesta a pagar la población, es posible visualizar que la población se inclina más a estar en desacuerdo o pagar “nada” por la atención psicológica profesional.

Cabe destacar que, mientras la pregunta se vuelve más específica, se muestra una mayor inclinación por establecer como disposición a pagar “nada” o \$0 pesos mexicanos, con excepción de los casos en los que las y los individuos declararon estar dispuestos a pagar “mucho” o \$1,000 pesos mexicanos, que pasó de 3% a 6%. Sin embargo, en los otros rubros sobre la disposición a pagar demuestran el interés de la población por hacer uso de la atención psicológica profesional, siempre y cuando ésta parezca económicamente viable, es por ello que las cantidades elegidas se cargan hacia el extremo de \$0 pesos mexicanos.

GRÁFICA X. Magnitud económica de la disposición a pagar por atención psicológica profesional



Fuente: Reinserta.

Frente al porcentaje que no tiene disposición a pagar, entre los porcentajes más bajos se encuentran las razones que, aún por estigma hacia la salud mental, asumen que únicamente debiesen pagar individuos con problemas de salud mental, o bien, que su familia y amistades les juzgarían por pagar por ese tipo de servicios; considerando también aquellos que no tiene interés, o que nunca han tenido que pagar por esos servicios y no piensan pagar por ellos en el futuro; de hecho, el estigma hacia la salud mental fue un tema que se trabajó durante el proyecto de Reinserta.

No obstante, como se infería desde el planteamiento inicial del estudio, la mayoría de la población no estaría dispuesta a pagar porque no tiene los medios económicos propios y suficientes para pagar; seguido por el hecho de que la población cree que la atención psicológica profesional debería brindarse de manera gratuita. Enseguida se encuentran el hecho de que, ya que la edad promedio apenas supera la mayoría de edad, la población no estaría dispuesta a pagar por la atención puesto que ellas y ellos no toman las decisiones económicas en su hogar y sus tutores no les darían dinero para atenderse con un profesional. Las tres razones resultan coherentes frente a las necesidades socioeconómicas de la población, por ende, intervenciones como la de Reinserta, que ha acercado la atención a la salud mental a las y los adolescentes y jóvenes, de forma gratuita, resultan por demás pertinentes.

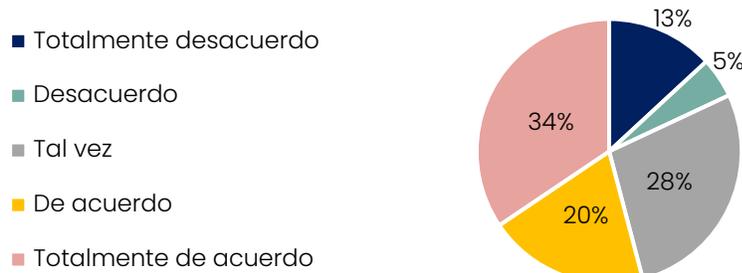
GRÁFICA 12. Razones por las que no se presenta disposición a pagar por atención psicológica profesional



Fuente: Reinserta.

Finalmente, frente a los hallazgos mencionados en el párrafo anterior, también se observó que más de la mitad de las y los participantes (54%) declaró estar de acuerdo o totalmente de acuerdo en que asistiría a las sesiones de atención psicológica si fueran gratuitas; lo cual también resulta indicativo de la adherencia a la que puede aspirar la organización con este tipo de intervenciones.

GRÁFICA 13. Asistencia a atención psicológica profesional si fueran gratuitas



Fuente: Reinserta.

DISPOSICIÓN A PAGAR DESDE LA PREFERENCIA DECLARADA (ANÁLISIS CONJUNTO)

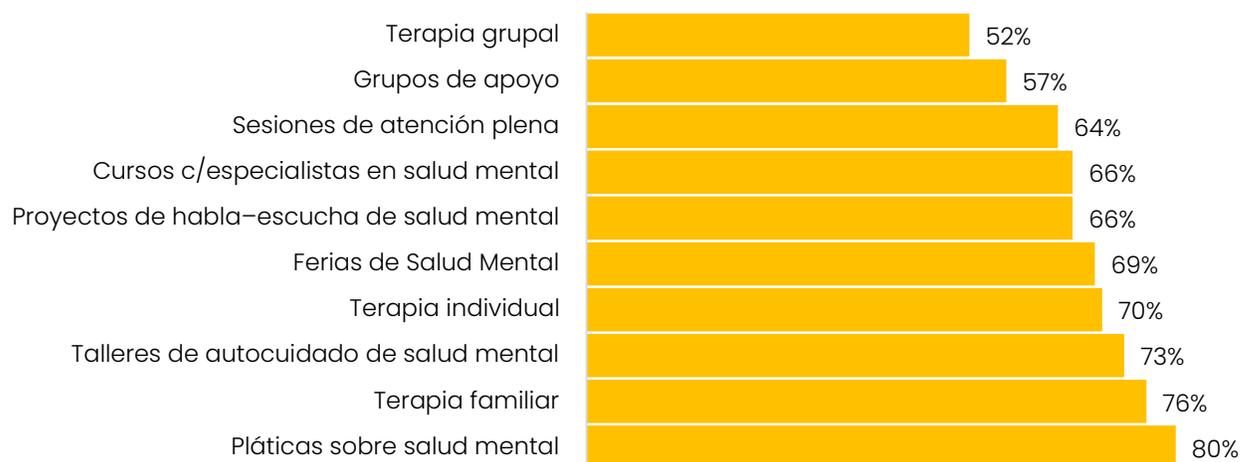
Por su parte, como ya se adelantó, la técnica “análisis conjunto” ofrece una ordenación de alternativas a través de la disposición a pagar por la mejora en el estado de salud de la persona afectada (Ripari, et al., 2012; Ripari, 2013). En ese sentido, respecto a listas de las alternativas del acompañamiento psicológico que se les presentó a las y los participantes, todas recibieron más del 50% de aprobación.

Entre 50% y 60% de aprobación se encuentran la terapia grupal y los grupos de apoyo. Entre 60% y 70%, se encuentran las sesiones de atención plena, los cursos impartidos por especialistas en salud mental, proyectos de habla-escucha sobre salud mental y ferias de salud mental. Estos últimos fueron varias de las alternativas que se les hicieron llegar desde

este programa de Reinserta, lo que podría indicar que entre 6 y 7 de cada 10 adolescentes y jóvenes les consideran alternativas del acompañamiento psicológico útiles.

Con mayor aprobación, entre el 70% y 80% de aprobación se encuentran la terapia individual, los talleres de autocuidado de la salud mental, la terapia familiar y las pláticas sobre salud mental, lo cual podría resultar como un indicador de la efectividad de la psicoeducación que se les brindó a los adolescentes y jóvenes a través de la intervención.

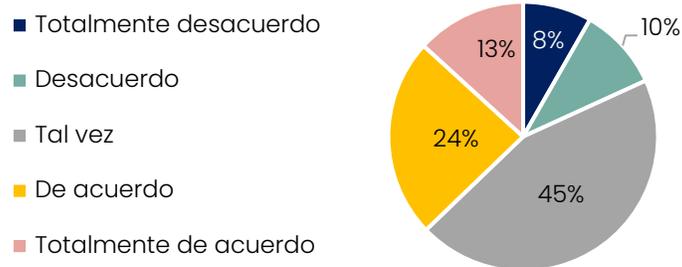
GRÁFICA X. Alternativas de acompañamiento psicológico elegidas



Fuente: Reinserta.

Frente a los niveles de aprobación arriba vislumbrados, no sorprende que la población se concentra en la opción de “tal vez” con un 45%, junto con el 37% que declara estar de acuerdo (24%) o totalmente de acuerdo (13%) con pagar por las alternativas de acompañamiento psicológico que eligieron.

GRÁFICA 15. Disposición a pagar por alternativas de acompañamiento psicológico



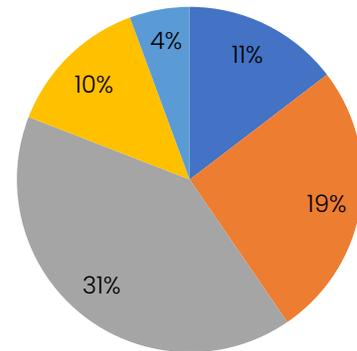
Fuente: Reinserta.

De hecho, estos porcentajes son mayores que los que se alcanzaron en la disposición a pagar por atención psicológica profesional, lo que podría indicar que la población se siente aún más cómoda y confiada con acercarse a la atención de su salud mental a través de alternativas de acompañamiento, que desde la atención psicológica tradicional. En tal sentido, intervenciones como las de Reinserta resultan relevantes para poder llevar a las y los adolescentes y jóvenes en internamiento alternativas que les permitan mejorar su actitud hacia la atención y el autocuidado de su salud mental.

Ahora bien, respecto al monto que están dispuestos a pagar por las alternativas de acompañamiento psicológico, los porcentajes más altos están concentrados en "Pagar lo que la gente suele pagar por este tipo de servicios". Cabe destacar que hay una concentración mayor hacia pagar solo un poco en comparación con "mucho", más aún, tal concentración se debe al gran porcentaje que reportó poca disposición debido a que no cuentan con los medios económicos suficientes para pagar por ello.

GRÁFICA X. Magnitud de la disposición a pagar por alternativas de acompañamiento psicológico

- Sólo un poco, creo que es un servicio barato
- Sólo un poco, ya que no tengo los medios económicos suficientes para pagar mucho por ese servicio
- Pagaría lo que la gente suele pagar por ese tipo de servicios
- Mucho, creo que es un servicio caro, pero “lo vale”
- Mucho, inclusive pediría dinero prestado



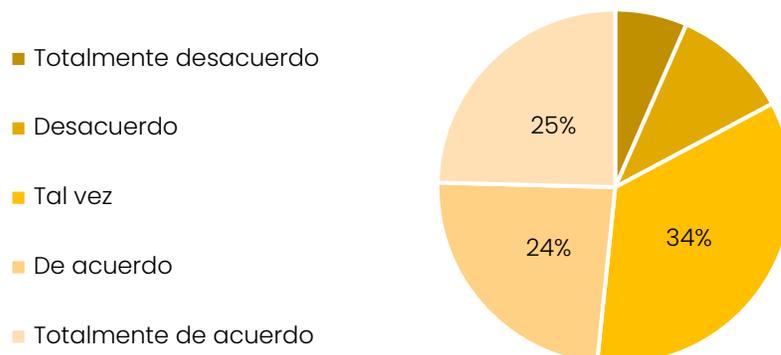
Fuente: Reinserta.

Al observar las razones establecidas por la población como razones de quienes no presentaron disposición a pagar por las alternativas de acompañamiento psicológico, resalta el hecho de que no toman las decisiones económicas en su hogar y consideran que sus padres o tutores/as no les otorgarían recursos económicos para pagarlas.

Además, sigue observándose cierto estigma hacia la salud mental, incluso tratándose de alternativas de acompañamiento, puesto que las siguientes razones más populares fue la creencia de que sólo pagan quienes tienen problemas de salud mental, así como la suposición de que su familia y/o amistades les juzgarían por pagar por ese tipo de servicios.

Finalmente, como en el caso anterior, se observaron tendencias similares en la disposición a participar en las alternativas de acompañamiento psicológico en caso de que fueran gratuitas.

GRÁFICA 16. Asistencia a alternativas de acompañamiento psicológico si fueran gratuitas



Fuente: Reinserta.

Por lo que es posible inferir que la población en internamiento sí tiene interés en actividades enfocadas al bienestar psicológico, aunque el hecho de que representen un desembolso monetario será un impedimento fuerte para acceder a los mismos, de ahí la importancia de esfuerzos desde la sociedad civil, como lo de Reinserta, para hacerles llegar este tipo de alternativas de calidad, completamente gratuitas y accesibles para todas y todos.

APARTADO III. EFECTIVIDAD

La efectividad en los estudios de costo–efectividad se interpreta como la medida de qué tanto una intervención podrá reducir incidencias o afectaciones específicas, ello cuando es aplicada directamente a la comunidad, previniendo o modificando los factores causantes (Aponte, *et al.*, 2011).

En el campo de la salud, de acuerdo con Cabo, *et al.*, (2018), la efectividad es la medida del resultado obtenido por una intervención en un problema de salud concreto, pero ya no en condiciones experimentales e ideales, sino en condiciones habituales de actuación. En ese sentido, la efectividad mide la capacidad real de la intervención para obtener un resultado positivo en el estado de salud de la población beneficiaria.

Por lo antedicho, el presente apartado desglosa las medidas de efectividad que corresponden al logro de los fines que persigue la intervención de Reinserta.

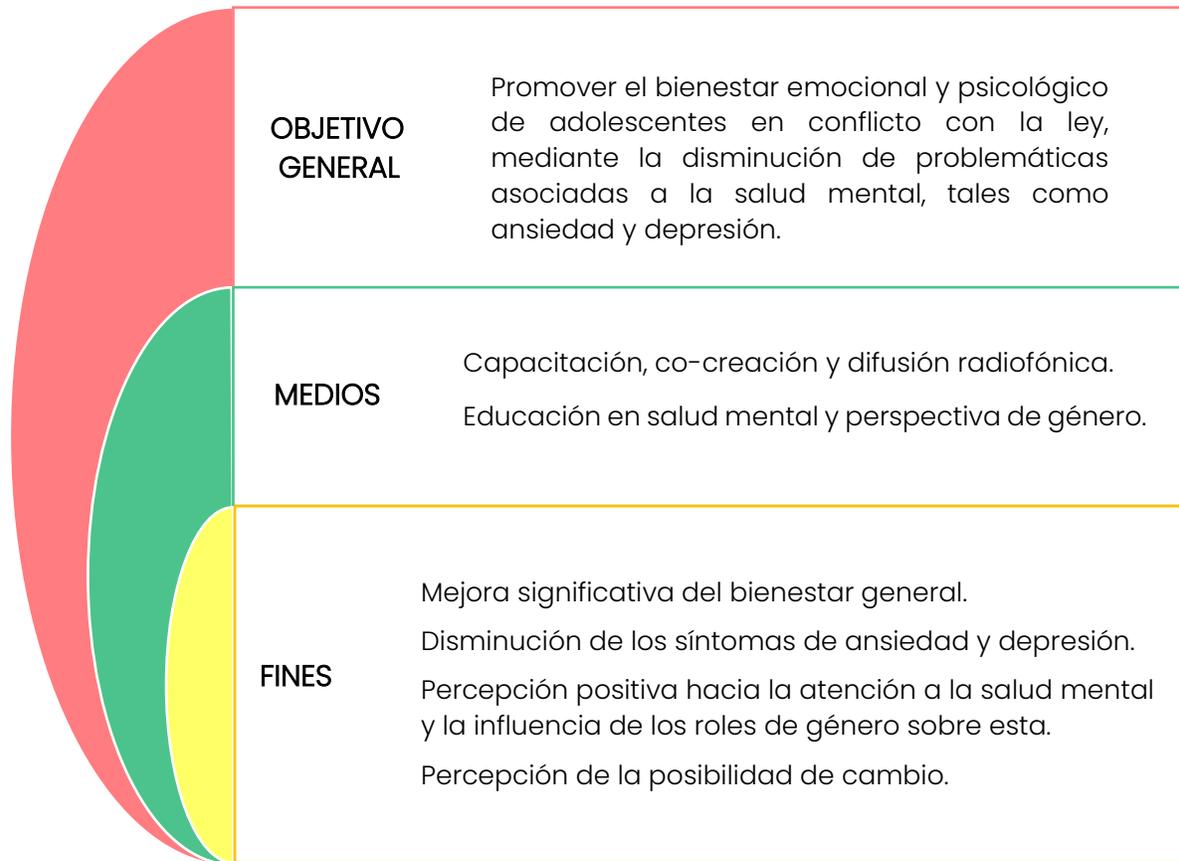
III.1. TRASLADO DE LOS FINES EN DIMENSIONES OPERATIVAS

Con frecuencia resulta viable transformar los fines cualitativos en magnitudes cuantitativas, de este modo es posible introducir cambios para mejorar su eficiencia operativa. En palabras de los expertos Cohen & Franco (1990), para evaluar los objetivos, primero hay que transformarlos en dimensiones susceptibles de medición, este proceso exige pasar de los fines generales del proyecto a las medidas de efectividad.

Acorde con el siguiente diagrama, los fines que persigue la intervención de Reinserta son: la mejora significativa del bienestar general, la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión, la percepción

positiva hacia la atención a la salud mental y la influencia de los roles de género sobre esta, y la percepción de la posibilidad de cambio.

DIAGRAMA 1. Objetivos, medios y fines del programa



Por tanto, el traslado de estos fines en dimensiones permite la medición de efectividad del programa en unidades tangibles y cuantificables, obtenidas a través de instrumentos especializados, como se observa a continuación:

FINES	MEDIDAS DE EFECTIVIDAD
<p><i>Mejora significativa del bienestar general</i></p>	<p>(1) WHO-five Well-being Index (WHO-5), versión en español: esta escala ayuda a conocer el índice de bienestar de las y los beneficiarios</p>
<p><i>Disminución de los síntomas de ansiedad y depresión</i></p>	<p>(2) Patient Health Questionnaire (PHQ-9), versión en español: este cuestionario mide los niveles de depresión severa de las y los participantes.</p> <p>(3) Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS), versión en español: es un cuestionario para que las y los adolescentes y jóvenes se autoevalúen, cuenta con subescalas que incluyen: trastorno de ansiedad por separación (SAD, por sus siglas en inglés); fobia social (SP); trastorno de ansiedad generalizada (GAD), trastorno de pánico (PD), trastorno obsesivo-compulsivo (OCD) y trastorno depresivo mayor (MDD).</p>
<p><i>Percepción positiva hacia la atención a la salud mental</i></p>	<p>(4) Attitude Toward Seeking Professional Psychological Help Scale-Short (ATSPPHS): se creará a partir de la aplicación del proyecto para medir la actitud hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional.</p>
<p><i>Percepción de la posibilidad de cambio</i></p>	<p>(5) Escala de percepción de la posibilidad de cambio: se creará a partir de la implementación del proyecto para medir la percepción de la posibilidad de cambio.</p>

III.1.1. MEDIDAS DE EFECTIVIDAD

Más aún, como apuntan Cohen & Franco (1990), para que pueda considerarse que se está evaluando la eficiencia operacional se debe comparar la realidad con la norma establecida, por esta razón estas medidas de efectividad se encuentran sustentadas por escalas de Likert con graduaciones acorde con el objetivo de medición.

III.1.1.1. WHO-FIVE WELL-BEING INDEX (WHO-5)

Es una escala tipo Likert con seis opciones de respuesta según la frecuencia de tiempo, las cuales van desde (0) “nunca” hasta (5) “todo el tiempo”

El Índice de Bienestar de la Organización Mundial de la Salud (WHO-5) de 5 ítems se encuentra entre los cuestionarios más utilizados para evaluar el bienestar psicológico subjetivo. Tiene una alta validez clinimétrica, y puede usarse como una medida de resultado que equilibra los efectos deseados y no deseados de los tratamientos. La escala tiene una validez adecuada como herramienta de detección de la depresión.

III.1.1.2. PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)

Es una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta que van desde “ningún día” hasta “casi todos los días”.

El PHQ-9 consta de sólo 9 ítems que evalúan la presencia y gravedad de síntomas depresivos en las últimas 2 semanas previas a la entrevista, de acuerdo con los criterios del *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (DSM-V). El PHQ-9 incluye una pregunta extra que también permite profundizar el grado de interferencia de los síntomas en la vida diaria de la depresión mayor. Además, permite monitorizar la respuesta al tratamiento de la depresión.

III.1.1.3. REVISED CHILDREN'S ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (RCADS)

El RCADS es un instrumento que mide los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión en niños y adolescentes, consta de 47 ítems con 6 subescalas, los ítems se valoran en una escala de Likert de 4 puntos, de (0) "nunca" a (3) "siempre".

Cuenta con subescalas que incluyen: trastorno de ansiedad por separación (SAD, por sus siglas en inglés); fobia social (SP); trastorno de ansiedad generalizada (GAD), trastorno de pánico (PD), trastorno obsesivo-compulsivo (OCD) y trastorno depresivo mayor (MDD).

III.1.1.4. ATTITUDE TOWARD SEEKING PROFESSIONAL PSYCHOLOGICAL HELP SCALE-SHORT (ATSPPHS)

Es una escala tipo Likert con opciones de respuesta que van desde "muy de acuerdo" hasta "muy en desacuerdo".

La escala corta de actitudes hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional (ATSPPH-SF, por sus siglas en inglés) es una medida comúnmente utilizada para medir las actitudes hacia el tratamiento de la salud mental. Las preferencias de búsqueda de ayuda están influenciadas por varios factores de actitud y sociodemográficos y, a menudo, pueden dar lugar a necesidades no satisfechas, brechas en el tratamiento y demoras en la búsqueda de ayuda.

III.1.1.5. ESCALA DE PERCEPCIÓN DE LA POSIBILIDAD DE CAMBIO

La escala de percepción de posibilidad de cambio es una escala de 4 ítems con respuestas tipo Likert con que van desde "muy en desacuerdo" (0), hasta "muy de acuerdo" (3), que permite identificar qué tan dispuesto se está para informarse, a comprender y cambiar hábitos que desfavorecen la importancia y el cuidado de la salud mental.

III.2. MODELADO DE LA INTERVENCIÓN

Usualmente, en los estudios de costo–efectividad se utilizan árboles de decisión, ya que es una herramienta sencilla para modelar las intervenciones, pues consiste en ilustrar las posibilidades o las distintas decisiones por considerar en la evaluación específica (Iragorri & Triana, 2015), ello bajo la premisa de la existencia de grupo de control o de comparación que permita ilustrar tales distinciones, esto es, un contrafactual.

En contraste, dadas las condiciones particulares de la intervención, tales como la condición de internamiento de las y los beneficiarios, así como las temáticas sobre salud mental y perspectiva de género que se abordarán, la construcción de un *contrafactual* se convirtió en un reto imposible de alcanzar (tanto por restricciones presupuestales, como operativas). En consecuencia, el tipo de modelado será distinto a lo descrito en el párrafo anterior.

Para este fin, se empleó un instrumento denominado “cadenas de Márkov”, cuyo éxito radica en que son suficientemente complejas como para describir ciertas características no triviales de algunas intervenciones, pero al mismo tiempo sencillas para ser analizadas matemáticamente. Por añadidura, considerando que el enfoque de la intervención de Reinserta es cognitivo–conductual, las cadenas se han revelado como instrumentos muy valiosos en estudios de conducta, develan cómo se produce una determinada conducta compleja, su ordenación en el tiempo y sus manifestaciones más probables, respetando su dinamicidad, sin reducirla como suele hacer la observación convencional. Además, ayudan en la optimización de intervenciones, debido a que alerta cuándo se alcanzan ciertas manifestaciones críticas

y cuándo podría actuarse en las fases anteriores a acontecimientos catastróficos (Frances & Saenz, 1987; Saenz & González, 2005; Rosas & Segundo, 2016).

III.2.1. MODELIZACIÓN DE CADENAS DE MÁRKOV

La modelización de las cadenas de Márkov permite el estudio de la sucesión de transiciones entre estados de una intervención, en un periodo de tiempo. Los estados aportan información relevante para entender y predecir el comportamiento de la cadena, puesto que representan la caracterización de la situación en que se halla la intervención en un instante dado; dicha caracterización puede ser cualitativa o cuantitativa. La transición entre estados concede evidencia explicativa válida, inclusive, permite la predictibilidad de un acontecimiento a partir de otro (Márkov, 1907; Frances & Saenz, 1987; Saenz & González, 2005; Rosas & Segundo, 2016).

La transición entre estados de la cadena se presenta a través de la covariación entre resultados antecedentes y consecuentes, entonces, para el presente modelado se utilizó la cohorte de adolescentes y jóvenes que corresponde a los tres momentos en los que la intervención se midió: antes de comenzar la aplicación (pre), tras los seis meses de aplicación (inter) y al terminar la intervención (post). De este modo, tendremos dos covariaciones:

1. Entre el resultado inicial (antecedente) y el intermedio (consecuente)
2. Entre el resultado intermedio (antecedente) y el final (consecuente)

Respecto a la presentación de las modelizaciones de las cadenas de Márkov, en primera instancia, el ordenamiento de datos sucede a través de tablas bidimensionales, es decir, matrices. Se construyen matrices de observación, las cuales permiten el cálculo de matrices de transición. Una

vez obtenidas ambas matrices, se traza la expresión gráfica de la cadena de Márkov.

Algo importante por declarar es que, a causa de la multiplicidad de medidas de efectividad consideradas para el presente estudio, se modelaron cinco cadenas de Márkov, una por cada medida de efectividad. Además, para poder seguir longitudinal y significativamente a las y los beneficiarios, para nuestro modelado sólo se consideró la cohorte que contiene información para los tres momentos arriba enunciados.

III.2.1.1. CADENA SOBRE LA MEJORA SIGNIFICATIVA DEL BIENESTAR GENERAL

Nota interpretativa: Cuanto mayor resulta la puntuación obtenida, mayor es el estado de bienestar de la persona evaluada. Acorde el indicador, el umbral clínico se presenta mediante una puntuación de 52; más, si la puntuación final es inferior a 52 se recomienda la aplicación de instrumentos adicionales de depresión y/o bienestar mental para completar un diagnóstico clínico más preciso.

INICIAL – INTERMEDIO

MATRIZ DE TRANSICIÓN 1. WHO -5: EVALUACIÓN PRE - INTER

		INTER		Σ
		UMBRAL		
PRE	Menos 52	0.57	0.43	1.00
	Más 52	0.24	0.76	1.00

Fuente: Reinserta.

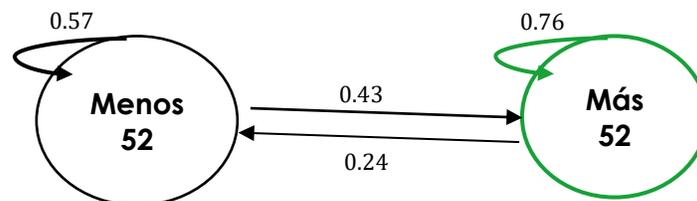
Menos de 52 a Más 52. Al iniciar la intervención, frente a la cantidad de adolescentes y jóvenes que presentaron una puntuación por debajo del umbral clínico, es decir, que su nivel de bienestar no era lo óptimo al llegar

a la intervención, se presentó una probabilidad de mejora de 43% después de los primeros seis meses de intervención. En otras palabras, 4 de cada 10 adolescentes y jóvenes mejoraron su bienestar general tras seis meses de intervención, más relevante aún, salieron de la zona de riesgo al superar el umbral clínico definido por el indicador.

Más de 52 a Más 52. La intervención no demuestra reversibilidad en cuanto al bienestar general, ya que la mayoría de las y los que llegaron con un nivel de bienestar arriba del umbral clínico se mantuvieron y/o mejoraron, esto es, 8 de cada 10 adolescentes y jóvenes se mantuvieron y/o mejoraron su nivel de bienestar general tras seis meses de intervención.

Más 52 a Menos 52. Se observó que, tras seis meses de intervención, 2 de cada 10 adolescentes y jóvenes presentaron una caída importante que les colocó por debajo el umbral clínico de bienestar general, pese a que hubiesen presentado una puntuación inicial por encima del mismo, lo cual podría explicarse gracias la psicoeducación que recibieron durante los primeros seis meses de exposición, la cual pudo causar una revalorización de su estado de bienestar general.

CADENA I. WHO -5: EVALUACIÓN PRE - INTER



INTERMEDIO – FINAL

MATRIZ DE TRANSICIÓN 2. WHO -5: EVALUACIÓN INTER – POST

		POST		Σ
		Menos 52	Más 52	
INTER	Menos 52	0.50	0.50	1.00
	Más 52	0.06	0.94	1.00

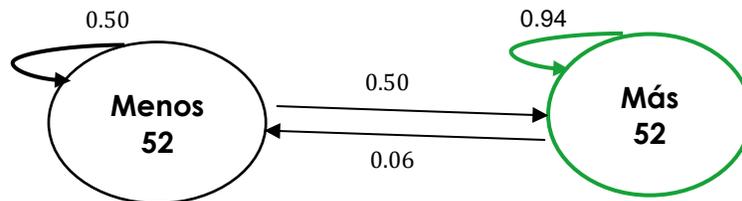
Fuente: Reinserta.

Menos de 52 a Más 52. La mitad de las y los adolescentes y jóvenes que, tras 6 meses de intervención, llegaron a la medición intermedia con un nivel de bienestar por debajo umbral clínico, mejoraron su nivel de bienestar general una vez concluida la intervención, superando el umbral clínico, esto es, 5 de cada 10 adolescentes y jóvenes mejoraron su nivel de bienestar general al finalizar la intervención, inclusive, salieron de la zona de riesgo al superar el umbral clínico definido por el indicador.

Más de 52 a Más 52. La intervención no demuestra reversibilidad en cuanto al bienestar general, ya que la mayoría de las y los que llegaron con un nivel de bienestar arriba del umbral clínico se mantuvieron y/o mejoraron, esto es, 9 de cada 10 adolescentes y jóvenes se mantuvieron y/o mejoraron su nivel de bienestar general al finalizar la intervención.

Más 52 a Menos 52. En comparación con la transición previamente analizada (pre-inter), donde, 2 de cada 10 adolescentes y jóvenes presentaron una caída que les colocó por debajo el umbral clínico de bienestar general, para el cierre de la intervención, sólo 0.06% presentó tal probabilidad, por lo que se puede decir que menos de 1 de cada 10 adolescentes y jóvenes siguen en un nivel de riesgo sobre su bienestar general después de la exposición completa al programa.

CADENA 2. WHO 5: EVALUACIÓN INTER - POST



COMPARABILIDAD ENTRE MODELIZACIONES DE CADENAS DESTACABLES

Menos 52 a Más 52. Considerando que, durante la primera transición (pre-inter), la cantidad de adolescentes y jóvenes que mejoraron sus niveles de bienestar y salieron de la zona de riesgo por debajo del umbral clínico representa una probabilidad de 43%; misma que, al finalizar la intervención (inter-post), se amplió a 50%, puede inferirse una mayor salida de la zona de riesgo clínico respecto al bienestar general condicionado a la exposición completa al programa.

Más 52 a Más 52. Considerando que, durante la primera transición (pre-inter), la cantidad de adolescentes y jóvenes que se mantuvieron o mejoraron sus niveles de bienestar representa una probabilidad de 76%; misma que, al finalizar la intervención (inter-post), se amplió a 94%, puede inferirse mantenimiento y/o mejora en el bienestar general condicionado a la exposición completa al programa.

Más 52 a Menos 52. Considerando que, durante la primera transición (pre-inter), la cantidad de adolescentes y jóvenes que disminuyeron sus niveles de bienestar y cayeron a la zona de riesgo por debajo del umbral clínico representa una probabilidad de 24%; misma que, al finalizar la intervención (inter-post), cayó a 0.06%, puede inferirse una disminución en la caída a la

zona de riesgo clínico respecto al bienestar general condicionado a la exposición completa al programa.

III.2.1.2. CADENAS SOBRE LA DISMINUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

MEDIDA A TRAVÉS DEL PHQ-9

Nota interpretativa: la literatura proporciona los siguientes puntos de corte con respecto a los niveles de depresión para el puntaje de la escala:

- i. 0 - 4: en absoluto
- ii. 5 - 9: algo
- iii. 10 - 14: moderado
- iv. 15 - 19: moderadamente grave
- v. 20 - 27: grave

INICIAL – INTERMEDIO

MATRIZ DE TRANSICIÓN 3. PHQ-9: EVALUACIÓN PRE – INTER

		INTER					Σ
		Not at all (0 a 4)	Somewhat (5 a 9)	Moderate (10 a 14)	Moderately severe (15 a 19)	Severe (20 a 27)	
P R E	Not at all (0 a 4)	0.18	0.55	0.27	0	0	1.00
	Somewhat (5 a 9)	0.47	0.26	0.21	0.05	0	1.00
	Moderate (10 a 14)	0.25	0.42	0.17	0.17	0	1.00
	Moderately severe (15 a 19)	0.5	0.25	0.25	0	0	1.00
	Severe (20 a 27)	0	0	0	1	0	1.00

Fuente: Reinserta.

Not at all – Not at all. Tras seis meses de intervención, se obtuvo una probabilidad de 18% de no presentar sintomatología de depresión, respecto a la línea base. Esta situación podría explicarse por el fenómeno de deshabilitación social, común en la población en internamiento o reclusión.

Not at all – Somewhat. Las y los adolescentes y jóvenes que no presentaron sintomatología de depresión al inicio de la intervención, tras seis meses de intervención, obtuvieron una probabilidad de 55% que indica “algo” de depression symptom severity. Este valor nos señala que 6 de 10 adolescentes y jóvenes lograron identificar que tienen algo de depression symptom severity.

Not at all – Moderate. Las y los adolescentes y jóvenes que no presentaron sintomatología de depresión al inicio de la intervención, tras seis meses de intervención, obtuvieron una probabilidad de 27% de sintomatología moderada en depression symptom severity. Lo que se traduce en 3 de cada 10 adolescentes y jóvenes lograron identificar síntomas moderados en depression symptom severity.

Somewhat – Not at all. Las y los adolescentes y jóvenes que reportaron mínima sintomatología de depresión al inicio de la intervención, tras seis meses de intervención, presentaron una probabilidad de mejora de 47% hacia ningún depression symptom severity, lo cual muestra que 5 de cada 10 adolescentes y jóvenes bajaron sus niveles de depression symptom severity.

Somewhat – Moderate. Las y los adolescentes y jóvenes que reportaron mínima sintomatología de depresión al inicio de la intervención, tras seis meses de intervención, presentaron una probabilidad de sintomatología

moderada de 21%, esto indica que, 2 de cada 10 adolescentes y jóvenes que habían indicado algún nivel de sintomatología, para la medición intermedia lograron identificar depression symptom severity moderada.

Somewhat – Moderately severe. Las y los adolescentes y jóvenes que reportaron mínima sintomatología de depresión al inicio de la intervención, tras seis meses de intervención, presentaron una probabilidad de sintomatología moderada severa de 5%, esto nos indica que, al menos 1 de cada 10 adolescentes y jóvenes logró identificar depression symptom severity moderada severa.

Moderate – Not at all. Las y los adolescentes y jóvenes que, en el estado basal, reportaron depression symptom severity moderada, luego de seis meses de intervención, presentaron una probabilidad de 25% de ausencia sobre la sintomatología de depresión, lo que indica que 3 de cada 10 adolescentes y jóvenes lograron disminuir completamente su estado de depression symptom severity.

Moderate – Somewhat. Las y los adolescentes y jóvenes que, en el estado basal, reportaron depression symptom severity moderada, tras seis meses de intervención, presentaron una probabilidad de 42% en el mínimo nivel de depression symptom severity. Lo cual señala que 4 de cada 10 adolescentes y jóvenes disminuyeron su sintomatología de depresión de moderada a mínima.

Moderate – Moderately severe. Las y los adolescentes y jóvenes que, en el estado basal, reportaron depression symptom severity moderada, tras seis meses de intervención, presentaron una probabilidad de 17% de incremento hacia el nivel moderado severo, lo que indica que 2 de cada 10

adolescentes y jóvenes lograron identificar una expansión en su sintomatología hacia el nivel moderado severo de depresión.

Moderately severe – Not at all. Las y los adolescentes y jóvenes que, en el inicio de la intervención, reportaron depression symptom severity moderada severa, tras seis meses de intervención, presentaron una probabilidad de 50% de ausencia de depression symptom severity, lo que muestra que, 5 de cada 10 adolescentes y jóvenes asumieron una drástica disminución de su sintomatología moderada severa hacia la inexistencia de la misma.

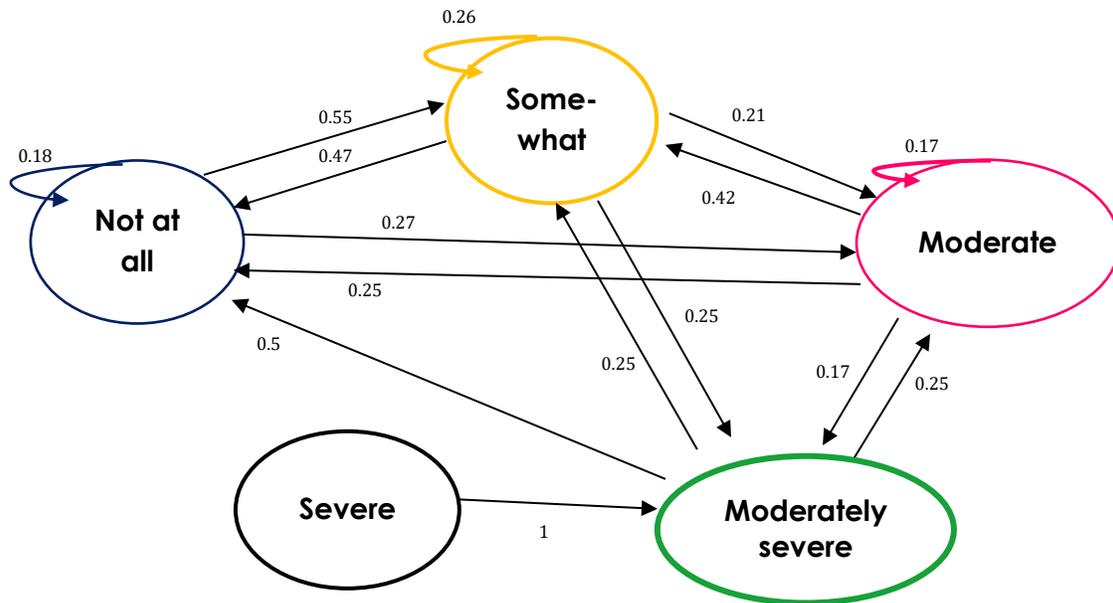
Moderately severe – Somewhat. Las y los adolescentes y jóvenes que, en el inicio de la intervención, reportaron depression symptom severity moderada severa, tras seis meses de intervención, presentaron una probabilidad de 25% de mejora, lo que demuestra que 3 de cada 10 adolescentes y jóvenes disminuyeron su sintomatología cayendo hacia el nivel mínimo de depression symptom severity.

Moderately severe – Moderate. Las y los adolescentes y jóvenes que, en la evaluación inicial, reportaron depression symptom severity moderada severa, tras seis meses de intervención, presentaron una probabilidad de 25% de disminución al nivel menor inmediato de depression symptom severity, lo que indica que 2 de cada 10 jóvenes disminuyeron a una sintomatología moderada.

Severe – Moderately severe. Las y los adolescentes y jóvenes que, en la evaluación inicial, reportaron el nivel máximo de depression symptom severity, tras seis meses de intervención, presentaron una probabilidad de 100% de disminución al nivel menor inmediato, lo que indica que cada adolescente y joven que ingresó considerando su sintomatología como

severa, después de un periodo de exposición al programa, disminuye su sintomatología de depresión severa a moderada severa.

CADENA 3. PHQ-9: EVALUACIÓN PRE - INTER



Todos los resultados anteriormente presentados seguirán aumentando o cayendo, como se verá a continuación, dependiendo de la asimilación de las y los beneficiarios a través de los talleres y los trabajos grupales hasta el final de la intervención.

INTERMEDIO – FINAL

MATRIZ DE TRANSICIÓN 4. PHQ-9: EVALUACIÓN INTER -POST

		POST					Σ
		Not at all (0 a 4)	Somewhat (5 a 9)	Moderate (10 a 14)	Moderately severe (15 a 19)	Severe (20 a 27)	
INTER	Not at all (0 a 4)	0.56	0.25	0.13	0.06	0	1.00
	Somewhat (5 a 9)	0.18	0.35	0.35	0.12	0	1.00

		POST					Σ
		Not at all (0 a 4)	Somewhat (5 a 9)	Moderate (10 a 14)	Moderately severe (15 a 19)	Severe (20 a 27)	
	Moderate (10 a 14)	0.20	0.30	0.40	0	0.10	1.00
	Moderately severe (15 a 19)	0.40	0	0	0.40	0.20	1.00
	Severe (20 a 27)	0	0	0	0	0	0.00

Fuente: Reinserta.

Not at all – Not at all. Al finalizar la intervención se observó una probabilidad de 56% sobre la ausencia de depression symptom severity, lo cual permite inferir que 6 de cada 10 adolescentes y jóvenes se encuentran en un estado óptimo, puesto que prevaleció la ausencia de depression symptom severity desde la evaluación intermedia hasta la evaluación final.

Not at all – Somewhat. De quienes llegaron reportando ausencia de depression symptom severity tras seis meses de intervención, al finalizar se observó una probabilidad de 25% sobre el mínimo de depression symptom severity, es decir, que 3 de cada 10 jóvenes y adolescentes identificaron síntomas mínimos depression symptom severity al finalizar la intervención.

Not at all – Moderate. De quienes llegaron reportando ausencia de depression symptom severity tras seis meses de intervención, al finalizar obtuvieron una probabilidad de 13% de sintomatología “moderada” de depresión. Lo que indica que 1 de cada 10 jóvenes y adolescentes lograron identificar síntomas moderados en depression symptom severity al finalizar la intervención, gracias a la psicoeducación recibida.

Somewhat – Not at all. De quienes llegaron presentaron niveles mínimos de depression symptom severity tras seis meses de intervención, al finalizar obtuvieron una probabilidad de 18% de mejora, esto es, 2 de cada 10 adolescentes y jóvenes bajaron los niveles de depresión hacia la ausencia de tal sintomatología.

Somewhat – Moderate. De quienes llegaron presentaron niveles mínimos de depression symptom severity tras seis meses de intervención, al finalizar obtuvieron una probabilidad de 35%, esto indica que 3 de cada 10 adolescentes y jóvenes lograron identificar sintomatología de depresión moderada al finalizar la intervención, gracias a la psicoeducación recibida.

Somewhat – Moderately severe. De quienes llegaron presentaron niveles mínimos de depression symptom severity tras seis meses de intervención, al finalizar obtuvieron una probabilidad de 12%, esto nos indica que sólo 1 de cada 10 adolescentes y jóvenes reconocieron niveles de depresión moderada severa dada la exposición completa al programa.

Moderate – Not at all. Las y los adolescentes y jóvenes que, tras seis meses de intervención, presentaron una sintomatología moderada en depresión, al finalizar dio cuenta de una probabilidad de 20% hacia ninguna sintomatología de depresión, lo que indica que 2 de cada 10 adolescentes y jóvenes lograron señales de mejora.

Moderate – Somewhat. Las y los adolescentes y jóvenes que, tras seis meses de intervención, presentaron una sintomatología moderada en depresión, al finalizar tuvieron una probabilidad de 30% de sintomatología mínima de depresión. Lo que nos muestra que 3 de cada 10 adolescentes y jóvenes bajaron sus niveles de depresión de moderada a mínima sintomatología.

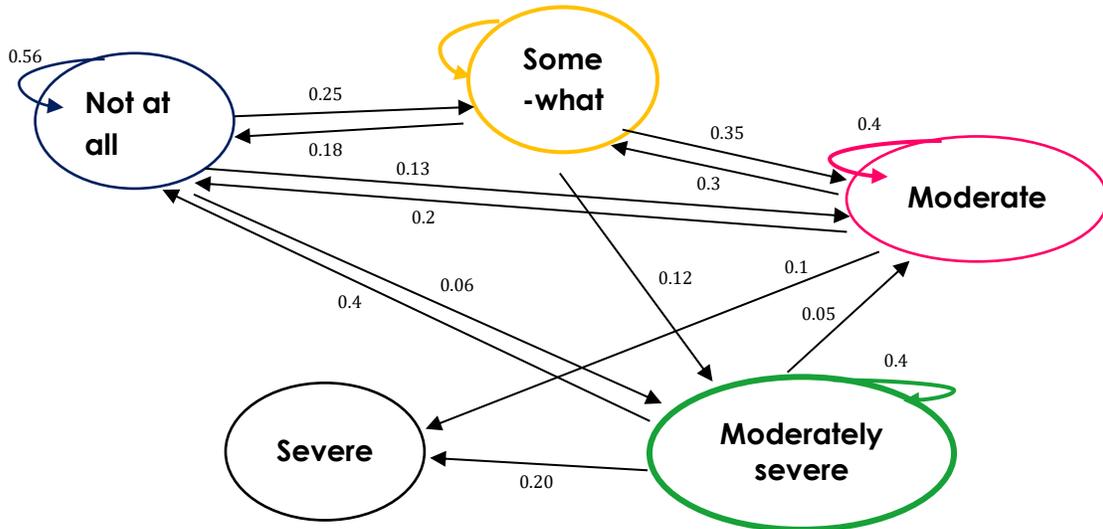
Moderate – Moderately severe. Las y los adolescentes y jóvenes que, tras seis meses de intervención, reportaron una sintomatología moderada en depresión, al finalizar presentaron una probabilidad de 40% de incremento hacia el nivel moderado severo, lo que muestra que 4 de cada 10 adolescentes y jóvenes reconocieron con mayor precisión su sintomatología de depresión.

Moderate – Severe. Las y los adolescentes y jóvenes que, tras seis meses de intervención, presentaron una sintomatología moderada en depresión, al finalizar dispusieron de una probabilidad de 10% de sintomatología severa de depresión. Es decir, sólo 1 de cada 10 adolescentes y jóvenes indicó depression symptom severity al finalizar la intervención.

Moderately severe – Not at all. Las y los adolescentes y jóvenes que, tras seis meses de intervención, presentaron una sintomatología moderada en depresión, al finalizar la intervención obtuvieron una probabilidad de 40% de ausencia de depression symptom severity, lo que arroja 4 de cada 10 adolescentes y jóvenes que, tras la exposición completa al programa, disminuyeron su depression symptom severity.

Moderately severe – Severo. Las y los adolescentes y jóvenes que, tras seis meses de intervención, presentaron una sintomatología moderada en depresión, al finalizar la intervención obtuvieron una probabilidad de 20% de aumentar hacia la sintomatología severa de depresión, esto es, sólo 2 de cada 10 adolescentes y jóvenes finalizan el programa con sintomatologías severas de depresión.

CADENA 4. PHQ-9: EVALUACIÓN INTER – POST



COMPARABILIDAD ENTRE MODELIZACIONES DE CADENAS DESTACABLES

Not at all – Not at all

Considerando que, durante la primera transición (pre-inter), la cantidad de adolescentes y jóvenes que presentaron ausencia de sintomatología de depresión de 18%; misma que, al finalizar la intervención (inter-post), se amplió a 56%, puede inferirse una probabilidad de mejora de 38% en los niveles de depresión condicionado a la exposición completa al programa.

Not at all – Somewhat

Considerando que, durante la primera transición (pre-inter), la cantidad de adolescentes y jóvenes que pasaron de una ausencia de sintomatología de depresión al reconocimiento de sintomatología mínima de depresión mostraron una probabilidad de 55%; en parte, gracias a la psicoeducación brindada mediante el programa, tras finalizar la

intervención (inter-post), este cambio se observó sólo en 25%, lo que permitiría inferir una mejora en la sintomatología referida previamente.

Not at all – Moderate

Considerando que, durante la primera transición (pre-inter), la cantidad de adolescentes y jóvenes que pasaron de una ausencia de sintomatología de depresión al reconocimiento de sintomatología moderada de depresión mostraron una probabilidad de 27%; en parte, gracias a la psicoeducación brindada mediante el programa, tras finalizar la intervención (inter-post), este cambio se observó sólo en 13%, lo que permitiría inferir una mejora en la sintomatología referida previamente.

Somewhat – Moderate

Una vez que las y los adolescentes y jóvenes se colocaron en la zona del reconocimiento mínimo de sintomatología de depresión, tras seis meses de exposición, una vez concluida la intervención ampliaron su rango de reconocimiento a sintomatología moderada, en buena medida, gracias a la psicoeducación brindada mediante el programa; esto es, durante la primera transición (pre-inter), quienes identificaron sintomatología mínima de depresión y pasaron al reconocimiento de sintomatología moderada mostraron una probabilidad de 21%, más aún, una vez finalizada la intervención (inter-post), este cambio se observó hasta en un 35%.

Moderate – Severe | Moderately severe – Severe

Tras seis meses de intervención, ningún adolescente y joven presentó el reconocimiento de sintomatología severa, sin embargo, en buena medida, gracias a la psicoeducación brindada mediante el programa, se pudo observar en dos sentidos condicionados por la exposición completa al programa: (i) las y los beneficiarios obtuvieron un 10% de probabilidad en el reconocimiento de sintomatología severa, una vez asumida

sintomatología moderada en el estado previo; (ii) las y los beneficiarios obtuvieron un 20% de probabilidad en el reconocimiento de sintomatología severa, una vez asumida sintomatología moderada severa en el estado previo.

MEDIDA A TRAVÉS DEL RCADS

Nota interpretativa: los puntos de corte de la puntuación T para ser considerados clínicamente elevados son 65 o más.

INICIAL – INTERMEDIO

MATRIZ DE TRANSICIÓN 5. RCADS: EVALUACIÓN PRE – INTER

		INTER				Σ
		Menos de T <65	De T =65 a T= 69 (límite del umbral clínico)	De T= 70 a T= 79 (puntuaciones por encima del umbral clínico)	Mayor que T>80 (puntuaciones por encima del umbral clínico)	
PRE	Menos de T<65	0.92	0.03	0.06	0	1.00
	T=65 a T=69 (Límite del umbral clínico)	1.00	0	0	0	1.00
	De T= 70 a T= 79 (puntuaciones por encima del umbral clínico)	0.86	0	0.14	0	1.00
	Mayor que T>80 (puntuaciones por encima del umbral clínico)	0.25	0.50	0	0.25	1.00

Fuente: Reinserta.

T<65 – T<65 (debajo del umbral clínico). Las y los adolescentes y jóvenes, en una probabilidad de 92% se mantuvieron o mejoraron sus síntomas de ansiedad y depresión, por ende, tras seis meses de exposición, siguieron por debajo del umbral clínico. En otras palabras, 9 de cada 10 adolescentes

y jóvenes se mantuvieron o mejoraron sus síntomas de ansiedad y depresión fuera de la zona de riesgo (umbral clínico), tras seis meses de exposición. No obstante, habría que considerar que este resultado puede colocar a esta población en una etapa de deseabilidad, es decir, que, pese a que se contestó positivamente, las y los beneficiarios aún no identifican con claridad sus verdaderas sintomatologías.

T < 65 (debajo de umbral clínico) - T (65-69) (límite de umbral clínico). Las y los adolescentes y jóvenes, en una probabilidad de 3% transitaron de una sintomatología óptima que les colocaba por debajo del umbral clínico, al reconocimiento de síntomas de ansiedad y depresión que les sitúa al límite de la zona de riesgo para la evaluación intermedia. En otras palabras, al menos 1 de cada 10 adolescentes y jóvenes, tras seis meses de exposición al programa, logró identificar sintomatología de ansiedad y depresión acercándoles al borde de la zona de riesgo.

T < 65 (debajo de umbral clínico) - T (70-79) (encima de umbral clínico). Las y los adolescentes y jóvenes, en una probabilidad de 6% transitaron de una sintomatología óptima que les colocaba por debajo del umbral clínico, al reconocimiento de síntomas de ansiedad y depresión que les sitúa por encima de la zona de riesgo para la evaluación intermedia. En otras palabras, al menos 1 de cada 10 adolescentes y jóvenes, tras seis meses de exposición al programa, logró identificar sintomatología de ansiedad y depresión y entraron de la zona de riesgo, esto es, se ubicaron por encima del umbral clínico.

T (65-69) (límite de umbral clínico) - T < 65 (debajo de umbral clínico). Cada adolescente y joven que llegó a la intervención con sintomatología de ansiedad y depresión al límite de la zona de riesgo, una vez efectuados

los primeros seis meses de exposición al programa, identificaron haber salido de la zona de riesgo, colocándose por debajo del umbral clínico.

T (70-79) (encima de umbral clínico) - T < 65 (debajo del umbral clínico).

Las y los adolescentes y jóvenes, tras seis meses de intervención, en una probabilidad de 86% transitaron de la zona de riesgo a presentar sintomatología óptima que les identificó por debajo del umbral clínico. En otras palabras, al menos 9 de cada 10 adolescentes y jóvenes, tras seis meses de exposición al programa, logró una mejora significativa, escapando de la zona de riesgo.

T (70-79) (encima de umbral clínico) - T (70-79) (encima de umbral clínico).

Las y los adolescentes y jóvenes que en el estado basal se encontraban por encima del umbral clínico, luego de seis meses de intervención, obtuvieron una probabilidad de 14% de mantenerse en la zona de riesgo, lo que implica que 1 de cada 10 adolescentes y jóvenes, pese a haber participado en la primera fase de la intervención, aun no mostró mejoría en sus sintomatologías iniciales.

T > 80 (encima de umbral clínico) - T < 65 (debajo del umbral clínico).

Las y los adolescentes y jóvenes, tras seis meses de intervención, en una probabilidad de 25% transitaron de la zona de alto riesgo (>80 puntos por encima del umbral clínico) a presentar sintomatología óptima que les identificó por debajo del umbral clínico. En otras palabras, al menos 3 de cada 10 adolescentes y jóvenes, tras seis meses de exposición al programa, logró una mejora significativa, escapando de la zona de alto riesgo.

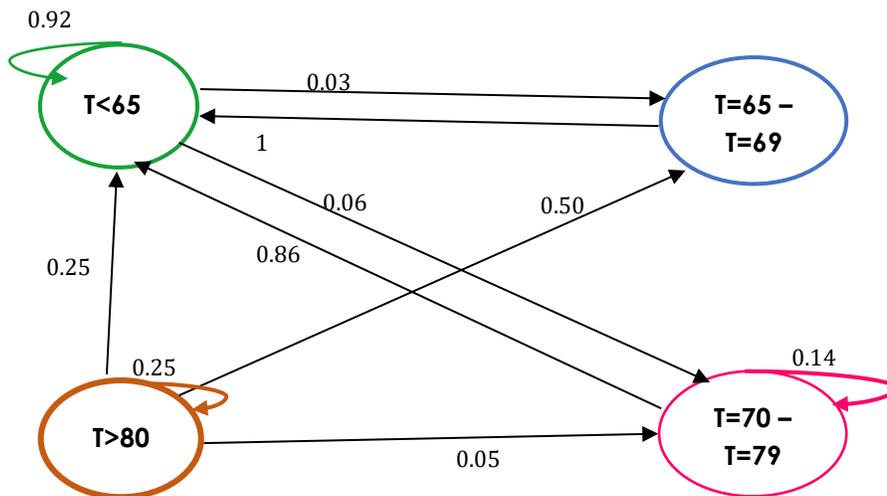
T > 80 (encima de umbral clínico) - T (65-69) (límite de umbral clínico).

Las y los adolescentes y jóvenes, tras seis meses de intervención, en una probabilidad de 50% transitaron de la zona de alto riesgo (>80 puntos por

encima del umbral clínico) a presentar una sintomatología de ansiedad y depresión menor a la reportada inicialmente, lo cual les sitúa al límite del umbral clínico. En otras palabras, al menos 5 de cada 10 adolescentes y jóvenes, tras seis meses de exposición al programa, logró una mejora significativa, escapando de la zona de alto riesgo, más, continuando muy cerca aún de la zona de riesgo (al límite umbral clínico).

T>80 (encima de umbral clínico) - T>80 (encima de umbral clínico). Las y los adolescentes y jóvenes, tras seis meses de intervención, en una probabilidad de 25% se mantuvieron en la zona de alto riesgo (>80 puntos por encima del umbral clínico), esto es, 3 de cada 10 adolescentes y jóvenes, pese a los primeros meses de exposición al programa, aún continuaron con altos niveles de ansiedad y depresión.

CADENA 5. RCADS: EVALUACIÓN PRE- INTER



INTERMEDIO – FINAL

MATRIZ DE TRANSICIÓN 6. RCADS: EVALUACIÓN INTER – POST

		POST				Σ
		Menos de T <65	De T =65 a T= 69 (límite del umbral clínico)	De T= 70 a T= 79 (puntuaciones por encima del umbral clínico)	Mayor que T>80 (puntuaciones por encima del umbral clínico)	
I N T E R	Menos de T<65	0.78	0.12	0.02	0.07	1.00
	T=65 a T=69 (Límite del umbral clínico)	0.33	0.67	0	0	1.00
	De T= 70 a T= 79 (puntuaciones por encima del umbral clínico)	1.00	0	0	0	1.00
	Mayor que T>80 (puntuaciones por encima del umbral clínico)	0	0	1.00	0	1.00

Fuente: Reinserta.

T<65 – T<65 (debajo del umbral clínico). Las y los adolescentes y jóvenes, en una probabilidad de 78% se mantuvieron o mejoraron sus síntomas de ansiedad y depresión, por ende, una vez que la intervención resultó finalizada, siguieron por debajo del umbral clínico. En otras palabras, 8 de cada 10 adolescentes y jóvenes se mantuvieron o mejoraron sus síntomas de ansiedad y depresión fuera de la zona de riesgo (umbral clínico), tras la exposición completa al programa.

T<65 (debajo de umbral clínico) –T (65-69) (límite del umbral clínico). Las y los adolescentes y jóvenes, en una probabilidad de 12% transitaron de una sintomatología óptima que les colocaba por debajo del umbral

clínico, al reconocimiento de síntomas de ansiedad y depresión que les sitúa al límite de la zona de riesgo para la evaluación final. En otras palabras, al menos 1 de cada 10 adolescentes y jóvenes, tras exposición completa al programa, logró identificar sintomatología de ansiedad y depresión encontrándose al borde del umbral clínico.

T<65 (debajo de umbral clínico) – T (70-79) (encima de umbral clínico).

Las y los adolescentes y jóvenes, en una probabilidad de 2% transitaron de una sintomatología óptima que les colocaba por debajo del umbral clínico, al reconocimiento de síntomas de ansiedad y depresión que les sitúa por encima de la zona de riesgo para la evaluación final. En otras palabras, al menos 1 de cada 10 adolescentes y jóvenes, tras exposición completa al programa, logró identificar sintomatología de ansiedad y depresión y entraron de la zona de riesgo, esto es, se ubicaron por encima del umbral clínico.

T<65 (debajo de umbral clínico) – T>80 (encima de umbral clínico).

Las y los adolescentes y jóvenes, en una probabilidad de 7% transitaron de una sintomatología óptima que les colocaba por debajo del umbral clínico, al reconocimiento de síntomas de ansiedad y depresión que les sitúa por encima de la zona de alto riesgo (>80 puntos por encima del umbral clínico) para la evaluación final. En otras palabras, al menos 1 de cada 10 adolescentes y jóvenes, tras exposición completa al programa, logró identificar sintomatología de ansiedad y depresión y entraron de la zona alto de riesgo, esto es, se ubicaron por encima del umbral clínico.

Cabe destacar que los últimos dos hallazgos [T<65–T(70-79) y T<65–T>80], pueden explicarse debido a la psicoeducación que recibieron las y los adolescentes y jóvenes beneficiarios durante todo el programa.

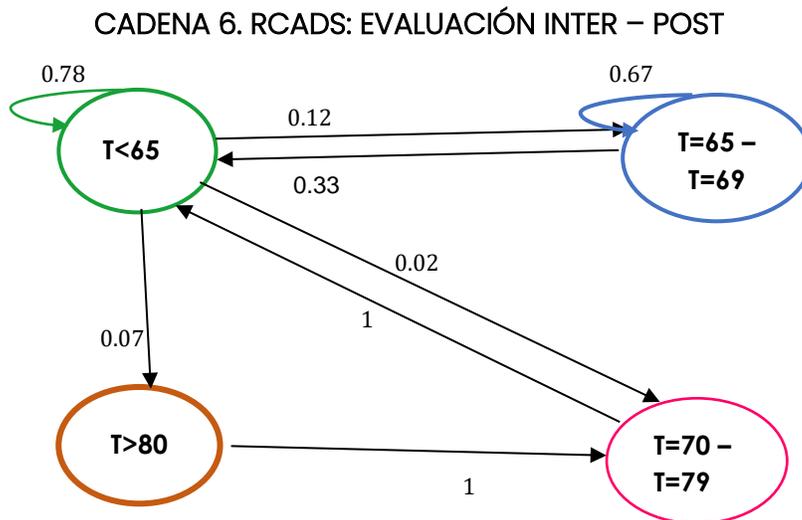
T (65-69) (límite de umbral clínico) - T<65 (debajo de umbral clínico). Las y los adolescentes y jóvenes, en una probabilidad de 33% transitaron del límite de la zona de riesgo, una vez concluida la exposición al programa, al escape de la zona de riesgo, colocándose por debajo del umbral clínico, esto es, 3 de cada 10 adolescentes y jóvenes llegaron al final de la intervención logrando disminuir sus niveles de ansiedad y depresión. Y salieron de la zona de riesgo.

T (65-69) (límite de umbral Clínico) - T (65-69) (límite de umbral Clínico). Las y los adolescentes y jóvenes, en una probabilidad de 67% se mantuvieron o mejoraron sus síntomas de ansiedad y depresión, por ende, una vez que la intervención resultó finalizada, siguieron al límite del umbral clínico. En otras palabras, 7 de cada 10 adolescentes y jóvenes se mantuvieron o mejoraron sus síntomas de ansiedad y depresión al límite de la zona de riesgo (umbral clínico), tras la exposición completa al programa.

T (70-79) (encima de umbral clínico) - T<65 (debajo del umbral clínico). Cada adolescente y joven, tras la intervención completa, transitaron de la zona de riesgo a presentar sintomatología óptima que les identificó por debajo del umbral clínico. En otras palabras, cada adolescente y joven, tras la exposición completa al programa, logró una mejora significativa, escapando de la zona de riesgo.

T>80 (encima de umbral clínico) - T (70-79) (encima de umbral clínico). Cada adolescente y joven, tras la intervención completa, transitaron de la zona de alto riesgo (>80 puntos por encima del umbral clínico) a presentar una sintomatología de ansiedad y depresión menor a la reportada inicialmente, aunque aún por encima del umbral clínico. En otras palabras, cada adolescente y joven, tras la exposición completa al programa, logró

una mejora significativa, escapando de la zona de alto riesgo, más, continuando en la zona de riesgo (encima del umbral clínico).



COMPARABILIDAD ENTRE MODELIZACIONES DE CADENAS DESTACABLES

T (65-69) (límite de umbral clínico) - T (65-69) (límite de umbral clínico).

Considerando que, durante la primera transición (pre-inter), ningún adolescente y joven se mantuvo al límite de la zona de riesgo, tras finalizar la intervención (inter-post), en parte, gracias a la psicoeducación brindada mediante el programa, este mantenimiento se observó que se mantuvo un 67%.

T (70-79) (encima de umbral clínico) - T < 65 (debajo del umbral clínico).

Considerando que, durante la primera transición (pre-inter), la cantidad de adolescentes y jóvenes que disminuyeron sus niveles de ansiedad y depresión, inclusive escapando de la zona de riesgo por debajo del umbral clínico representa una probabilidad de 86%; misma que, al finalizar la intervención (inter-post), aumentó a 100%, por tanto, puede inferirse una

mejora significativa y abandono de la zona de riesgo condicionada a la exposición completa al programa.

T > 80 (encima de umbral clínico) - T (65-69) (límite de umbral clínico) / T > 80 - T (70-79) (encima de umbral clínico). Considerando que, durante la primera transición (pre-inter), la cantidad de adolescentes y jóvenes que transitaron de la zona de alto riesgo (>80 puntos por encima del umbral clínico) a presentar una sintomatología de ansiedad y depresión menor a la reportada inicialmente, aunque aún al límite del umbral clínico representa una probabilidad de 50%; resulta relevante que, al finalizar la intervención (inter-post), la cantidad de adolescentes y jóvenes que transitaron de la zona de alto riesgo a presentar una sintomatología de ansiedad y depresión menor a la reportada inicialmente, se movió a un escalar superior, es decir, aún por encima del umbral clínico (probabilidad de 100%).

Este último hallazgo demuestra el efecto de ambos ejes de la intervención: por un lado, la psicoeducación, mediante la atención grupal, que llevó a que las y los beneficiarios reconocieran su sintomatología de ansiedad y depresión, así como, lo psicosocial que permitió comenzar a ver la disminución gradual de tal sintomatología. En tal sentido, para observar mayor nivel de mejoría al respecto, habría que seguir exponiendo a intervenciones similares a las y los adolescentes y jóvenes, o bien, derivarles a atención específica e individualizada en salud mental.

III.2.1.3. CADENA SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA POSIBILIDAD DE CAMBIO

INICIAL – INTERMEDIO

MATRIZ DE TRANSICIÓN 7. PERCEPCIÓN DE LA POSIBILIDAD DE CAMBIO:
EVALUACIÓN PRE - INTER

		INTER			Σ
		Baja posibilidad de cambio (0 a 4 puntos)	Posibilidad media de cambio (5 a 8 puntos)	Alta posibilidad de cambio (9 a 12 puntos)	
P R E	Baja posibilidad de cambio (0 a 4 puntos)	0	0.33	0.67	1.00
	Posibilidad media de cambio (5 a 8 puntos)	0.14	0.43	0.43	1.00
	Alta posibilidad de cambio (9 a 12 puntos)	0	0.48	0.52	1.00

Fuente: Reinserta.

Baja posibilidad de cambio – Posibilidad media de cambio. Las y los adolescentes y jóvenes iniciaron la intervención con una baja posibilidad de comprender y cambiar hábitos que desfavorecen la importancia y el cuidado de su salud mental, pero, luego de seis meses de intervención, presentaron una probabilidad media de cambio de 33%, lo que indica que 3 de cada 10 adolescentes y jóvenes comenzaron a comprender la importancia del cambio de hábitos y el cuidado de su salud mental.

Baja posibilidad de cambio – Alta posibilidad de cambio. Las y los adolescentes y jóvenes iniciaron la intervención con una baja posibilidad de comprender y cambiar hábitos que desfavorecen la importancia y el cuidado de su salud mental, pero, luego de seis meses de intervención, presentaron una probabilidad alta de cambio de 67%, lo que nos indica

que 7 de cada 10 adolescentes y jóvenes comenzaron a comprender con mayor fuerza la importancia del cambio de hábitos y el cuidado de la salud mental.

Posibilidad media de cambio – Baja posibilidad de cambio. Las y los adolescentes y jóvenes iniciaron la intervención con una posibilidad media de comprender y cambiar hábitos que desfavorecen la importancia y el cuidado de su salud mental, pero, luego de seis meses de intervención, presentaron una probabilidad baja al cambio de 14%, lo que, hasta el momento intermedio de evaluación, refería que 1 de cada 10 jóvenes y adolescentes creen que no podrían desarrollar cambios de hábitos y/o mejorar el cuidado de su salud mental.

Posibilidad media de cambio – Posibilidad media de cambio. Tras seis meses de intervención, se obtuvo una probabilidad de mantenimiento en el nivel medio de la escala de un 43%, esto es, 4 de cada 10 adolescentes y jóvenes mantuvieron una mediana posibilidad al cambio de hábitos y mejorar el cuidado a su salud mental.

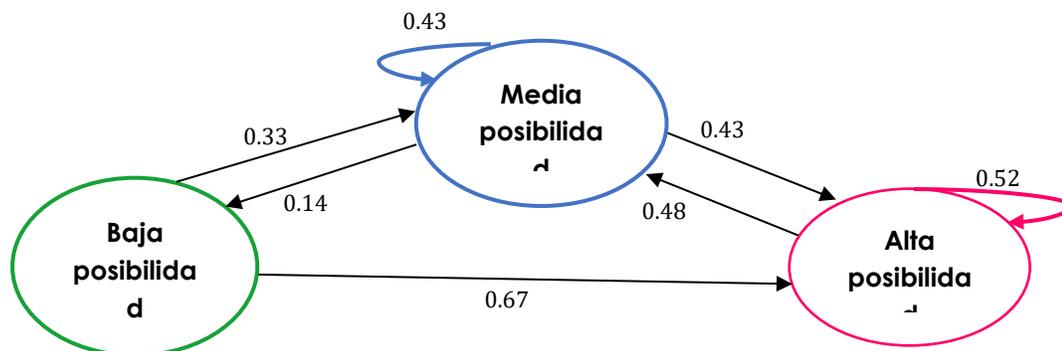
Posibilidad media de cambio – Alta posibilidad de cambio. Las y los adolescentes y jóvenes iniciaron la intervención con una posibilidad media de comprender y cambiar hábitos que desfavorecen la importancia y el cuidado de su salud mental, pero, luego de seis meses de exposición al programa, se presentó una probabilidad alta al cambio de 43%, lo que indica que 4 de cada 10 adolescentes y jóvenes encuentran suficientes alicientes para cambiar y mejorar el cuidado de su salud mental.

Alta posibilidad de cambio – Posibilidad media de cambio. Las y los adolescentes y jóvenes iniciaron la intervención con alta posibilidad de cambio en sus hábitos que desfavorecen la importancia y el cuidado de

su salud mental, pero, tras seis meses de intervención, obtuvieron una probabilidad media al cambio de 48%, en tal sentido, 5 de cada 10 adolescentes y jóvenes reconsideraron su posibilidad al cambio y indicando que medianamente tendrían un cambio de hábitos y/o mejorar el cuidado de su salud mental.

Alta posibilidad de cambio – Alta posibilidad de cambio. Las y los adolescentes y jóvenes iniciaron la intervención con alta posibilidad de cambio en sus hábitos que desfavorecen la importancia y el cuidado de su salud mental, pero, luego de seis meses de intervención, presentaron una probabilidad de mantenimiento de 52%, esto es, 5 de cada 10 adolescentes y jóvenes mantuvieron su alta posibilidad al cambio de hábitos y/o mejorar el cuidado de su salud mental.

CADENA 7. PERCEPCIÓN DE LA POSIBILIDAD DE CAMBIO: EVALUACIÓN PRE- INTER



INTERMEDIO – FINAL

MATRIZ DE TRANSICIÓN 8. PERCEPCIÓN DE LA POSIBILIDAD DE CAMBIO: EVALUACIÓN INTER – POST

		POST			Σ
		Baja posibilidad de cambio (0 a 4 puntos)	Posibilidad media de cambio (5 a 8 puntos)	Alta posibilidad de cambio (9 a 12 puntos)	
INTER	Baja posibilidad de cambio (0 a 4 puntos)	0	1	0	1.00
	Posibilidad media de cambio (5 a 8 puntos)	0.14	0.45	0.41	1.00
	Alta posibilidad de cambio (9 a 12 puntos)	0.33	0.33	0.33	1.00

Fuente: Reinserta.

Baja posibilidad de cambio – Posibilidad media de cambio. Todas las y los adolescentes y jóvenes que, tras seis meses de exposición, presentaban baja posibilidad de cambio, al finalizar la intervención, transitaron hacia una posibilidad media de cambio. Esto indica que, dada una exposición completa al programa, las y los adolescentes y jóvenes comprenden la importancia del cambio de hábitos y el cuidado de su salud mental.

Posibilidad media de cambio – Baja posibilidad de cambio. Las y los adolescentes y jóvenes que se encontraban con posibilidad media de cambio durante la medición intermedia, al finalizar la intervención, presentaron una probabilidad de 14% de baja posibilidad de cambio.

Posibilidad media de cambio – Posibilidad media de cambio. Las y los adolescentes y jóvenes que, tras seis meses de intervención, presentaron una posibilidad media de cambio, después de la exposición completa al

programa, presentaron una probabilidad de mantenimiento de 45% de posibilidad media de cambio.

Posibilidad media de cambio – Alta posibilidad de cambio. Las y los adolescentes y jóvenes que, tras seis meses de exposición, presentaron una posibilidad media de cambio, al finalizar la intervención, obtuvieron una probabilidad de 41% de alta posibilidad de cambio. En otras palabras, 4 de cada 10 adolescentes y jóvenes comprendieron la importancia del cambio de hábitos y el cuidado de la salud mental, mejorando su posibilidad de cambio de media a alta.

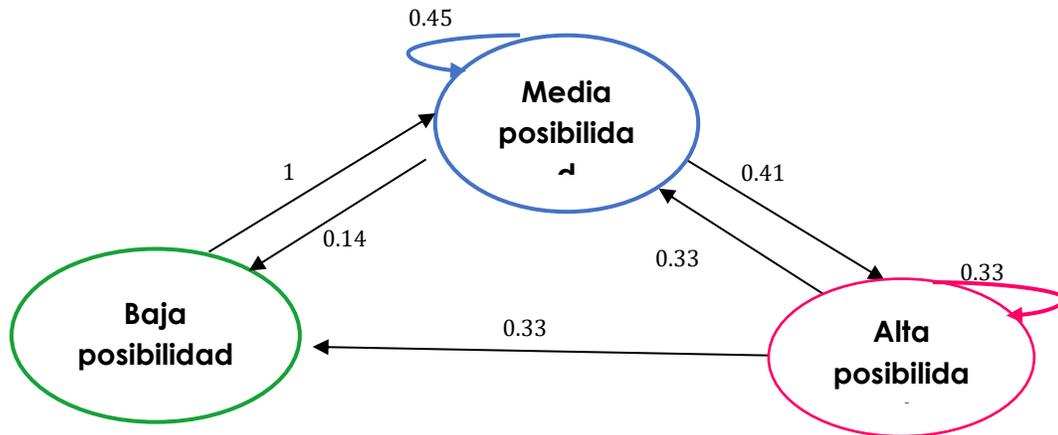
Alta posibilidad de cambio– Baja posibilidad de cambio. Las y los adolescentes y jóvenes que se encontraban con una posibilidad alta de cambio, al finalizar la intervención, la probabilidad obtenida fue de 33% de caída hacia la baja posibilidad de cambio. En contraste, podría inferirse que 7 de cada 10 adolescentes y jóvenes vieron la importancia del cambio de hábitos y el cuidado de la salud mental como un cambio.

Alta posibilidad de cambio – Posibilidad media de cambio. Las y los adolescentes y jóvenes que se encontraban con una posibilidad alta de cambio, al finalizar la intervención, la probabilidad obtenida fue de 33% de caída hacia la media posibilidad de cambio. Sólo 3 de cada 10 adolescentes y jóvenes disminuyeron hacia la posibilidad media al cambio de hábitos y el cuidado de su salud mental.

Alta posibilidad de cambio – Alta posibilidad de cambio. Las y los adolescentes y jóvenes, con la totalidad de exposición del programa, se mantuvieron en la posibilidad alta de cambio, con una probabilidad obtenida de 33%, esto es, 3 de cada 10 adolescentes y jóvenes mantuvieron

presente la importancia del cambio de hábitos y el cuidado de su salud mental.

CADENA 8. PERCEPCIÓN DE LA POSIBILIDAD DE CAMBIO: EVALUACIÓN INTER – POST



COMPARABILIDAD ENTRE MODELIZACIONES DE CADENAS DESTACABLES

Baja posibilidad – Media posibilidad: Las y los adolescentes y jóvenes que durante la primera transición (pre-inter) presentaban una baja posibilidad de cambio en sus hábitos y el cuidado de la salud mental, llegaron a la última transición (inter-post) con una probabilidad total (100%) dirigida a una posibilidad media de cambio. Lo cual podría permitirnos inferir que con una exposición mayormente prolongada de este tipo de intervenciones, se podría ampliar dicha posibilidad de cambio a niveles más altos.

Alta posibilidad de cambio – Alta posibilidad de cambio. La intervención mostró poca reversibilidad, ya que un tercio de las y los adolescentes y jóvenes que, durante la primera transición (pre-inter), llegaron con una alta posibilidad de cambio en sus hábitos y el cuidado de la salud mental, se mantuvieron con alta posibilidad hasta la última transición (inter-post).

III.2.1.4. MODELIZACIÓN EN CADENA DE LA PERCEPCIÓN POSITIVA HACIA LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

MEDIDA A TRAVÉS DEL ATTITUDE TOWARD SEEKING PROFESSIONAL PSYCHOLOGICAL HELP SCALE-SHORT (ATSPPHS)

Nota interpretativa: dado que no existen puntos de corte establecidos para la interpretación de la puntuación, la literatura recomienda la comparación de medias entre las muestras de interés (en nuestro caso, sería la comparación entre diferentes períodos de la intervención).

INICIAL – INTERMEDIO

MATRIZ DE TRANSICIÓN 9. PERCEPCIÓN POSITIVA HACIA LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL: EVALUACIÓN PRE- INTER

		INTER				Σ
		Baja (7 - 12)	Media (13 - 18)	Media alta (19 - 24)	Alta (25 - 30)	
P R E	Baja (7 - 12)	0.25	0.75	0	0	1.00
	Media (13 - 18)	0.23	0.50	0.27	0	1.00
	Media alta (19 - 24)	0	0.60	0.33	0.07	1.00
	Alta (25 - 30)	0	0	0.33	0.67	1.00

Fuente: Reinserta.

Baja - baja. Al iniciar la intervención, las y los adolescentes y jóvenes mostraron una actitud baja hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional, donde, tras seis meses de intervención, se reveló una probabilidad de mantenimiento de 25%; esto es, que 2 de cada 10 adolescentes y jóvenes continuaron con una actitud baja hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional.

Baja – Media. Al iniciar la intervención, las y los adolescentes y jóvenes mostraron una actitud baja hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional, sin embargo, luego de seis meses de exposición al programa, se presentó una probabilidad de 75% sobre actitud media hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional. En otras palabras, 8 de cada 10 adolescentes y jóvenes mejoraron hacia una actitud media en la búsqueda de ayuda profesional.

Media – Baja. Las y los adolescentes y jóvenes que se encontraban, en la etapa basal, con una actitud media hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional, tras seis meses de intervención, presentaron una probabilidad de 23% en decremento hacia una actitud baja respecto a la búsqueda de ayuda psicológica profesional. Tal relación obtenida infiere que 2 de cada 10 adolescentes y jóvenes disminuyeron su actitud hacia la búsqueda de ayuda profesional.

Media – Media. De las y los adolescentes y jóvenes que se encontraban en un valor medio dentro de la escala hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional, tras de seis meses de exposición a la intervención, mostraron una probabilidad de mantenimiento de 50%, esto es, 5 de cada 10 adolescentes y jóvenes mantuvieron su actitud media hacia la búsqueda de ayuda profesional.

Media – Media alta. Las y los adolescentes y jóvenes que se encontraban, en la etapa basal, con una actitud media hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional, tras seis meses de intervención, presentaron una probabilidad de 27% en incremento hacia una actitud media alta respecto a la búsqueda de ayuda psicológica profesional. Tal relación obtenida infiere que 3 de cada 10 adolescentes y jóvenes aumentaron su actitud hacia la búsqueda de ayuda profesional.

Media alta – Media. Las y los adolescentes y jóvenes que se encontraban, en la etapa basal, con una actitud media alta hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional, tras seis meses de intervención, presentaron una probabilidad de 60% en decremento hacia una actitud media respecto a la búsqueda de ayuda psicológica profesional. Tal relación obtenida infiere que 6 de cada 10 adolescentes y jóvenes disminuyeron su actitud hacia la búsqueda de ayuda profesional.

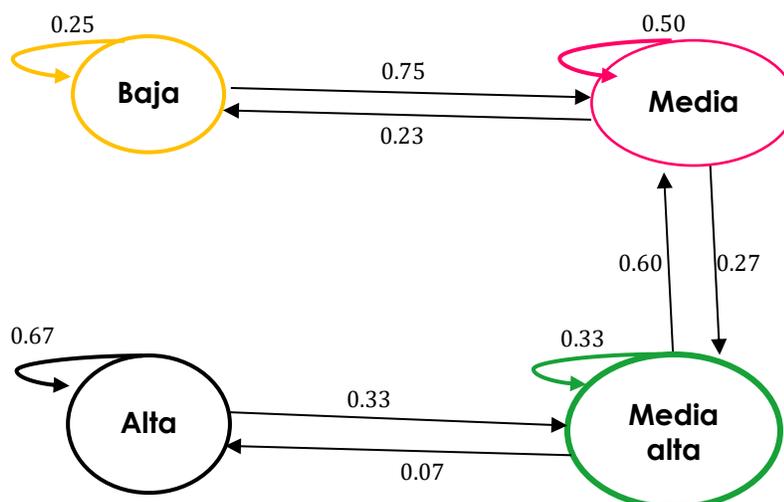
Media alta – Media alta. De las y los adolescentes y jóvenes que se encontraban en un valor medio alto dentro de la escala hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional, tras de seis meses de exposición a la intervención, mostraron una probabilidad de mantenimiento de 33%, esto es, 3 de cada 10 adolescentes y jóvenes mantuvieron su actitud media alta hacia la búsqueda de ayuda profesional.

Media alta – Alta. Las y los adolescentes y jóvenes que se encontraban, al iniciar la intervención, con una actitud media alta hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional, tras seis meses de exposición, presentaron una probabilidad de 7% en incremento hacia una actitud alta respecto a la búsqueda de ayuda psicológica profesional. Tal relación obtenida infiere que al menos 1 de cada 10 adolescentes y jóvenes aumentaron su actitud hasta el nivel máximo hacia la búsqueda de ayuda profesional.

Alta – Media alta. Las y los adolescentes y jóvenes que se encontraban, en la etapa inicial, con una actitud alta hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional, tras seis meses de intervención, presentaron una probabilidad de 33% en decremento hacia una actitud media alta respecto a la búsqueda de ayuda psicológica profesional. Tal relación obtenida infiere que 3 de cada 10 adolescentes y jóvenes disminuyeron su actitud hacia la búsqueda de ayuda profesional.

Alta – Alta. De las y los adolescentes y jóvenes que se encontraban en un valor más alto dentro de la escala hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional, tras de seis meses de exposición a la intervención, mostraron una probabilidad de mantenimiento de 67%, esto es, 7 de cada 10 adolescentes y jóvenes mantuvieron su actitud alta hacia la búsqueda de ayuda profesional.

**CADENA 9. PERCEPCIÓN POSITIVA HACIA LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL:
EVALUACIÓN PRE- INTER**



INTERMEDIO – FINAL

MATRIZ DE TRANSICIÓN 10. PERCEPCIÓN POSITIVA HACIA LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL: EVALUACIÓN INTER- POST

		POST				Σ
		Baja (7 - 12)	Media (13 - 18)	Media alta (19 - 24)	Alta (25 - 30)	
INTER	Baja (7 - 12)	0.14	0.71	0.14	0	1.00
	Media (13 - 18)	0.16	0.60	0.24	0	1.00
	Media alta (19 - 24)	0	0.92	0.08	0	1.00
	Alta (25 - 30)	0	0.33	0	0.67	1.00

Fuente: Reinserta.

Baja – Baja. De las y los adolescentes y jóvenes que, tras de seis meses de exposición a la intervención, se encontraban en un valor más bajo dentro de la escala hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional, con la exposición completa, mostraron una probabilidad de mantenimiento de 14%, lo que implica que sólo 1 de cada 10 adolescentes y jóvenes mantuvieron su actitud baja hacia la búsqueda de ayuda profesional al finalizar la intervención.

Baja – Media. Las y los adolescentes y jóvenes que, tras seis meses de exposición, se encontraban con una actitud baja hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional, al finalizar la intervención, presentaron una probabilidad de 71% en incremento hacia una actitud media respecto a la búsqueda de ayuda psicológica profesional. Tal relación obtenida infiere que 7 de cada 10 adolescentes y jóvenes aumentaron su actitud hasta el nivel medio hacia la búsqueda de ayuda profesional.

Baja – Media alta. Las y los adolescentes y jóvenes que, tras seis meses de exposición, se encontraban con una actitud baja hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional, al finalizar la intervención, presentaron una probabilidad de 14% en incremento hacia una actitud media-alta respecto a la búsqueda de ayuda psicológica profesional. Tal relación obtenida infiere que al menos 1 de cada 10 adolescentes y jóvenes aumentaron su actitud hasta el nivel medio-alto hacia la búsqueda de ayuda profesional.

Media – Baja. Las y los adolescentes y jóvenes que se encontraban, tras seis meses de exposición, con una actitud media hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional, con la exposición completa al programa, presentaron una probabilidad de 16% en decremento hacia una actitud baja respecto a la búsqueda de ayuda psicológica profesional. Esto es, 2

de cada 10 adolescentes y jóvenes disminuyeron su actitud hacia la búsqueda de ayuda profesional al finalizar la intervención.

Media – Media. De las y los adolescentes y jóvenes que, tras de seis meses de exposición a la intervención, se encontraban en un valor medio dentro de la escala hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional, con la exposición completa, mostraron una probabilidad de mantenimiento de 60%, lo que implica que 6 de cada 10 adolescentes y jóvenes mantuvieron su actitud media hacia la búsqueda de ayuda profesional al finalizar la intervención.

Media – Media alta. Las y los adolescentes y jóvenes que, tras seis meses de exposición, se encontraban con una actitud media hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional, al finalizar la intervención, presentaron una probabilidad de 24% en incremento hacia una actitud media-alta respecto a la búsqueda de ayuda psicológica profesional. Tal relación obtenida infiere que 2 de cada 10 adolescentes y jóvenes aumentaron su actitud hasta el nivel medio-alto hacia la búsqueda de ayuda profesional.

Media alta – Media. Las y los adolescentes y jóvenes que se encontraban, tras seis meses de exposición, con una actitud media-alta hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional, con la exposición completa al programa, presentaron una probabilidad de 92% en decremento de un nivel inmediato debajo del previo, es decir, hacia una actitud media respecto a la búsqueda de ayuda psicológica profesional.

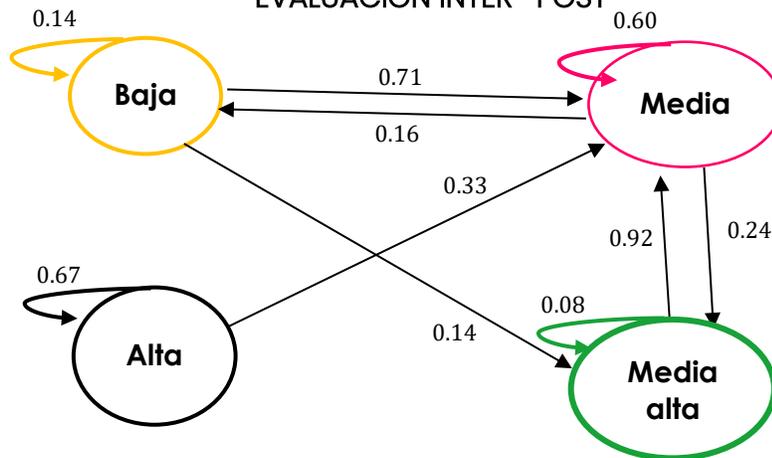
Media alta – Media alta. De las y los adolescentes y jóvenes que, tras de seis meses de exposición a la intervención, se encontraban en un valor medio-alto dentro de la escala hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional, con la exposición completa, mostraron una probabilidad de

mantenimiento de 8%, lo que implica que al menos 1 de cada 10 adolescentes y jóvenes mantuvieron su actitud media-alta hacia la búsqueda de ayuda profesional al finalizar la intervención.

Alta – Media. Las y los adolescentes y jóvenes que se encontraban, tras seis meses de exposición, con una actitud alta hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional, con la exposición completa al programa, presentaron una probabilidad de 33% en decremento hacia una actitud media respecto a la búsqueda de ayuda psicológica profesional.

Alta – Alta. De las y los adolescentes y jóvenes que, tras de seis meses de exposición a la intervención, se encontraban en un valor más alto dentro de la escala hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional, con la exposición completa, mostraron una probabilidad de mantenimiento de 67%, lo que implica que 7 de cada 10 adolescentes y jóvenes mantuvieron su actitud alta hacia la búsqueda de ayuda profesional al finalizar la intervención.

CADENA 10. PERCEPCIÓN POSITIVA HACIA LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL:
EVALUACIÓN INTER- POST





COMPARABILIDAD ENTRE MODELIZACIONES DE CADENAS DESTACABLES

Media – Media | Alta – Alta. La intervención no muestra reversibilidad, puesto que, de las y los adolescentes y jóvenes que, tras de seis meses de exposición a la intervención, se encontraban en un valor medio o más alto dentro de la escala hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional, con la exposición completa, mostraron una probabilidad de mantenimiento entre 60% y 67%, respectivamente, lo que implica que 7 de cada 10 adolescentes y jóvenes mantuvieron su actitud media o alta hacia la búsqueda de ayuda profesional al finalizar la intervención.

APARTADO IV. COSTO – EFECTIVIDAD

IV.1. RAZÓN DE COSTO – EFECTIVIDAD

Conocer únicamente los costos o únicamente la efectividad no es suficiente para tomar decisiones respecto a la intervención en cuestión. Para ello se puede hacer uso de las razones, que proveen la información en perspectiva. De esta forma, es posible evaluar la relación existente entre los costos de una intervención y su efectividad. La razón costo–efectividad se define con la ecuación:

$$\text{Razón de costo – efectividad} = \frac{\text{Costo de la intervención}}{\text{Medida de efectividad}}$$

Así, la razón costo–efectividad se calcula como cociente entre el costo económico de una intervención y la medición de sus efectos, por lo que las intervenciones que tengan la menor razón son las más costo–efectivas. En otras palabras, las intervenciones con ratios costo–efectividad bajos son costo–efectivas, ya que tienen un menor costo por cada unidad de beneficio que producen, y aquellas intervenciones con ratios altas son menos costo–efectivas (Ministerio de Salud de Chile, 2010; Cabo, *et al.*, 2018).

De manera semejante a la lógica que siguió el modelo (arriba descrito), a causa de la multiplicidad de medidas de efectividad consideradas para el presente estudio, se calcularon cinco razones costo–efectividad, una por cada medida de efectividad. Además, para poder seguir longitudinal y significativamente a las y los beneficiarios, para nuestro modelado sólo se consideró la cohorte que contiene información para los tres momentos arriba enunciados en el apartado III.

IV.1.1. RAZÓN SOBRE LA MEJORA SIGNIFICATIVA DEL BIENESTAR GENERAL

Evalúa la relación existente entre los costos de la intervención de Reinserta y su efectividad en relación con la mejora significativa del bienestar general al finalizar su exposición al programa.

$$\text{Razón de costo – efectividad} = \frac{\text{Costo de la intervención (presupuesto ejercido total)}}{\text{WHO – 5}}$$

En tal sentido, se contrapuso el presupuesto ejercido total de la intervención de Reinserta (3.9 millones) y la magnitud porcentual de quienes se mantuvieron o presentaron mejora significativa del bienestar general (96%) al finalizar su exposición al programa.

$$\text{Razón de costo – efectividad} = \frac{3.9 \text{ millones}}{0.96} = 4.06$$

IV.1.2. RAZONES SOBRE LA DISMINUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Evalúa la relación existente entre los costos de la intervención y su efectividad en relación con la disminución de los síntomas de depresión.

PHQ-9

$$\text{Razón de costo – efectividad} = \frac{\text{Costo de la intervención (presupuesto ejercido total)}}{\text{PHQ – 9}}$$

En tal sentido, se contrapuso el presupuesto ejercido total de la intervención (3.9 millones) y la magnitud porcentual de quienes se mantuvieron o presentaron disminución de los síntomas de depresión (65%) al finalizar su exposición al programa.

$$\text{Razón de costo – efectividad} = \frac{3.9 \text{ millones}}{0.65} = 6$$

RCADS

Evalúa la relación existente entre los costos de la intervención y su efectividad en relación con la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión.

$$\text{Razón de costo – efectividad} = \frac{\text{Costo de la intervención (presupuesto ejercido total)}}{\text{RCADS}}$$

En tal sentido, se contrapuso el presupuesto ejercido total de la intervención (3.9 millones) y la magnitud porcentual de quienes se mantuvieron o presentaron disminución de los síntomas de ansiedad y depresión (79%) al finalizar su exposición al programa.

$$\text{Razón de costo – efectividad} = \frac{3.9 \text{ millones}}{0.79} = 4.9$$

IV.1.3. RAZÓN SOBRE LA PERCEPCIÓN POSITIVA HACIA LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

Evalúa la relación existente entre los costos de la intervención de Reinserta y su efectividad en relación con la percepción positiva hacia la atención a la salud mental.

$$\text{Razón de costo – efectividad} = \frac{\text{Costo de la intervención (presupuesto ejercido total)}}{\text{ATSPPHS}}$$

En tal sentido, se contrapuso el presupuesto ejercido total de la intervención (3.9 millones) y la magnitud porcentual de quienes se mantuvieron o mejoraron su percepción hacia la atención a la salud mental (65%) al finalizar su exposición al programa.

$$\text{Razón de costo – efectividad} = \frac{3.9 \text{ millones}}{0.65} = 6$$

IV.1.4. RAZÓN SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA POSIBILIDAD DE CAMBIO

Evalúa la relación existente entre los costos de la intervención de Reinserta y su efectividad en relación con la percepción de la posibilidad de cambio.

$$\text{Razón de costo – efectividad} = \frac{\text{Costo de la intervención (presupuesto ejercido total)}}{\text{Escala de percepción de la posibilidad de cambio}}$$

En tal sentido, se contrapuso el presupuesto ejercido total de la intervención (3.9 millones) y la magnitud porcentual de quienes se mantuvieron o mejoraron su percepción de la posibilidad de cambio (60%) al finalizar su exposición al programa.

$$\text{Razón de costo – efectividad} = \frac{3.9 \text{ millones}}{0.60} = 6.5$$

IV.1.5. COMPARABILIDAD ENTRE LAS RAZONES DE COSTO-EFECTIVIDAD

Tabla X. Comparabilidad entre las razones de costo – efectividad

DETALLE	INDICADOR	RAZÓN DE COSTO - EFECTIVIDAD
Mejora significativa del bienestar general	WHO - 5	4.1
Disminución de los síntomas de ansiedad y depresión	PHQ-9	6.0
	RCADS	4.9
Percepción positiva hacia la atención a la salud mental	ATSPPHS	6.0
Percepción de la posibilidad de cambio	ESCALA DE PERCEPCIÓN DE POSIBILIDAD DE CAMBIO	6.5

Se presentó mayor magnitud de costo-efectividad en términos de la mejora al bienestar general de las y los adolescentes y jóvenes beneficiarios, puesto que la razón de costo-efectividad fue la menor de las

cinco medidas establecidas, debido a la presencia de un cambio significativo en esta medida de efectividad al finalizar la intervención.

De manera consecutiva, la intervención resultó ser costo-efectiva en términos de la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión, dado que se observaron cambios en la posición de las y los adolescentes y jóvenes alrededor de los umbrales clínicos establecidos por el RCADS.

Por su parte, un interesante equilibrio se dio entre las razones de costo-efectividad referentes a la disminución de sintomatología de depresión medida por el PHQ-9, y a la percepción positiva hacia la atención a la salud mental. Ambas razones ocupan el tercer lugar en orden descendente de costo-efectividad.

En último lugar se colocó la medida de percepción de la posibilidad de cambio, lo que implica que la intervención resulta mucho menos costo-efectiva en términos de la posibilidad al cambio, ya que la razón de costo-efectividad obtenida a través de esta medida de efectividad aumentó ligeramente en comparación de las 4 razones anteriores.

IV.2. INDICADOR DE COSTO-EFECTIVIDAD DEL MARCO DE GESTIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS BASADO EN RESULTADOS (RMAF)

Acorde con el Marco de gestión y rendición de cuentas basado en resultados (RMAF, siglas en inglés), el indicador de costo-efectividad pretende responder la siguiente pregunta:

¿Se logrará eficiencia de costos durante la vida del proyecto?

Dicha eficiencia de costos se refiere a la eficiencia operativa, es decir, al ahorro de costos para producir/proveer la innovación, en contraposición a la reducción de costos para el beneficiario/paciente final.

En ese sentido, para dar respuesta a dicha interrogante se realizaron las siguientes demostraciones.

IV.2.1. REDUCCIÓN DE COSTOS PARA LAS Y LOS BENEFICIARIOS

Se demostró que la intervención representa una reducción de costos (presentes y futuros) para las y los adolescentes y jóvenes beneficiarios, dadas las condiciones precarias de los centros de internamiento en materia de atención y seguimiento de salud mental (ausencia de servicios, así como falta de personal capacitado).

De acuerdo con los hallazgos que se obtuvieron a lo largo del presente estudio, en especial, en el apartado de costos intangibles, resulta importante mencionar que, como se infería desde el planteamiento inicial del estudio, la mayoría de la población no estaría dispuesta a pagar porque no tiene los medios económicos propios y suficientes para hacerlo.

Se suma el hecho de que, ya que la edad promedio apenas supera la mayoría de edad, la población no estaría dispuesta a pagar por la atención puesto que ellas y ellos no toman las decisiones económicas en su hogar y sus tutores no les darían dinero para atenderse con un profesional.

Hallazgos que resultan coherentes frente a las necesidades socioeconómicas de la población, por ende, intervenciones como la de Reinserta, que ha acercado la atención a la salud mental a las y los adolescentes y jóvenes, de forma gratuita, son de gran relevancia.

IV.2.2. OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS

El apartado de costos demostró que el ejercicio presupuestario del programa procuró optimizar los recursos en todo momento.

Considerando el nivel de especialidad que requiere la intervención, que puede vislumbrarse en la partida remuneración (remuneración a personal de Reinserta), puesto que engloba profesionales expertos, se pudieron observar diversos ejercicios de optimización que conllevaron variaciones en las remuneraciones que se habían asignado en un inicio de la intervención, todos estos ajustes dependieron de las actividades, responsabilidades y funciones que surgieron durante el desarrollo del programa.

Los ajustes antes mencionados dieron como resultado cambios de personal en el marco del trabajo asignado por cada perfil, donde se procedió a redefinir el equipo de trabajo, realizando una optimización de recursos con la fusión de algunos cargos y así consolidar el equipo final de trabajo durante la intervención.

Así mismo, todo el material requerido para apoyar a los talleres y capacitaciones fue planificado en el marco del trabajo a realizar, con la finalidad de no desperdiciar y/o realizar costos adicionales innecesarios.

IV.2.3. RÉPLICA EN QB SERÁ MÁS ECONÓMICA

La estrategia de replicabilidad de la intervención demuestra que la primera etapa de la ampliación del proyecto “Continuidad, seguimiento y sostenibilidad del programa en QB”, será mucho más asequible en materia presupuestal, ya que implicará una significativa reducción de costos directos.

Entre los costos directos a reducir se encuentra la partida de *goods and supplies*, donde para iniciar la intervención y puesta en marcha del programa de radio se procedió a realizar la compra de equipos electrónicos, accesorios para computadoras, accesorios para computadoras y repuestos de equipos electrónicos; todo esto



acompañado de su respectivo mantenimiento para que conservaran un óptimo estado de funcionamiento durante la realización de los podcasts.

En ese sentido, para ejercer la replicabilidad de la intervención en su fase de continuidad en “Quinta del Bosque”, ya no será necesario incurrir en dichos costos, ya que el programa de radio cuenta con todas las herramientas y equipos para continuar con sus actividades. Cabe mencionar que el único gasto que se realizaría en esta partida viene enmarcado en los costos de mantenimiento.

Adicionalmente, en el marco de los resultados obtenidos durante toda la intervención, se pudo mejorar y consolidar el equipo profesional que se requiere, por tanto, los recursos asignados en la partida de *remuneration* (remuneración a personal de Reinserta) serán operados de manera óptima.

APARTADO V. COMPARACIÓN DE ALTERNATIVAS

En sintonía con Irigorri & Triana (2015), los estudios costo–efectividad también ayudan en la comparación de alternativas, con la perspectiva de sus costos y de los efectos que ellos generan, principalmente para apoyar el proceso de toma de decisiones sobre la implementación.

V.1. ELECCIÓN DE ALTERNATIVAS

El primer paso es establecer cuáles son las alternativas; seguido de una descripción de cada alternativa; los costos en que se incurre con cada una de ellas; y, las medidas de efectividad evaluadas. Si sólo se estudian los costos, se tratará de un estudio de análisis de costos, si sólo se estudian los resultados de efectividad se tratará posiblemente de un experimento controlado (Aponte, *et al.*, 2011).

Las alternativas pueden definirse como intervenciones similares a la propia, ya sea respecto a los medios implementados, o bien, respecto a los fines propuestos. En tanto, la elección de alternativas para evaluar la comparación con la intervención será a través de los medios implementados, ello dada la originalidad de la combinación entre la capacitación, co-creación y difusión radiofónica, con la educación en salud mental y perspectiva de género, que corresponden a los medios implementados por Reinserta, los cuales son:

- Capacitación, co-creación y difusión radiofónica.
- Educación en salud mental y perspectiva de género.

Ahora bien, dado que la combinación de ambos medios resulta única, para llevar a cabo la presente comparativa se consideraron aquellas intervenciones cuyo medio principal fuese la capacitación, co-creación y difusión radiofónica, la cual podría incluir (o no) algún

componente psicoeducativo o educativo en general (sea sobre educación en salud mental y perspectiva de género, o no); siempre y cuando fuesen implementadas en centros de reinserción y/o de internamiento y/o penitenciarios, con la participación activa de la comunidad en conflicto con la ley.

V.2. ALTERNATIVAS COMPARABLES

Se logró la generación de un catálogo de intervenciones comparables, producto de un ejercicio de indagación exhaustiva a través de los principales motores de búsqueda en línea¹². Tal acervo permitió la construcción de una semaforización de coincidencia y un plano de costo–efectividad.

Cada intervención se presenta en 4 secciones:

1. *Descripción*: enuncia de manera concisa la arquitectura de la intervención en cuestión, sus objetivos y principales características.
2. *Puntos de encuentro*: establece el medio de coincidencia entre las intervenciones comparables y la intervención de Reinserta, así como las dimensiones en las que concurren de manera semejante.
3. *Diferencias clave*: señala aquellas particularidades que diferencian a las intervenciones comparables de la intervención de Reinserta. Este apartado servirá de sustento para confirmar que la intervención de Reinserta es pionera en su campo de incidencia.
4. *Costo–efectividad*: dado que la motivación del presente directorio es la construcción del plano de costo–efectividad, este apartado analiza la existencia y calidad de los elementos que permitan dicha

¹² Google Scholar, ScienceResearch, Redalyc, Dialnet, Scielo, Academia.edu, y Microsoft Academic.

construcción, es decir, que la intervención comparable cuente con estudio(s) de costo-efectividad, presupuestos definidos, número de beneficiarios y/o medidas de efectividad; o bien, en caso de que no exista tal información, el apartado muestra vía de contacto en víspera de que nos proporcionen información.

V.2.1. RADIO LIBREMENTE

ESPAÑA – Centro Penitenciario de Monterroso

DESCRIPCIÓN

Radio Librementemente es la radio del Centro Penitenciario de Monterroso (España), una iniciativa enmarcada en el “Plan de Animación Sociocultural” de esta prisión, impulsado por la asociación Aliad Ultreia (Asociación Luguesa de Información e Axuda ao Drogodependente) y el Grupo SEPA de la Universidad de Santiago de Compostela (CUAC FM, 2020).

Este Plan de Animación Sociocultural se ha desarrollado desde 2013 y ha sido valorado como una experiencia innovadora en los Premios la Caixa a la Innovación Social (2018). Desde el concepto de la animación sociocultural como estrategia socioeducativa para el desarrollo comunitario, el Plan busca implicar a los diferentes agentes del colectivo prisión (personas privadas de libertad, equipo técnico, personal de vigilancia y profesionales de las entidades externas) en la identificación de las necesidades de la comunidad para así poder mejorar sus realidades. Este proceso permitió identificar dos líneas de trabajo prioritarias: 1. Coordinación y fortalecimiento; 2. Participación y apertura. Ambas, se concretaron en diversas iniciativas en cada una de las fases del Plan.

La Radio Librementemente forma parte de la línea de trabajo sobre “participación y apertura”. La emisora surgió en el proyecto en 2017, como recurso socio-comunitario estable de expresión, comunicación e

información en el Centro Penitenciario de Monterroso (Morán, *et al.*, 2020). Los programas son elaborados y locutados por un grupo de internos, formados previamente por la Escuela de radio CUAC FM. Además, la asociación Melisa colabora al frente del control técnico (CUAC FM, 2020). Las acciones emprendidas para su consolidación fueron:

- ☑ Acondicionamiento de un espacio específico para la emisora, por parte de los responsables del Centro Penitenciario.
- ☑ Dotar a la emisora del equipamiento técnico necesario.
- ☑ Formación en técnicas básicas de radio para el equipo de internos interesados.
- ☑ Diseño de la programación de la radio y emisión continua.

(Morán, *et al.*, 2020)



Fuente: CUAC FM.

PUNTOS DE ENCUENTRO

Resulta claro que el medio de coincidencia entre esta intervención y la de Reinserta es el componente radiofónico. Ello en varios sentidos. A continuación, se presentan las dimensiones en las que coinciden:

Operación de la intervención

- ☐ Involucran activamente a las personas privadas de libertad, desde la formación en radio, hasta el diseño, grabación/locución y edición de los programas.
- ☐ Cuentan con equipamiento técnico propio para llevar a cabo los programas de manera autónoma (sin ocupar sedes radiofónicas establecidas y/o comerciales).

- Mantienen el apoyo de instituciones académicas (la Universidad de Santiago de Compostela –España/Radio Librementemente– y la Universidad Iberoamericana –México/Reinserta–).
- Sostienen el acompañamiento de las y los internos por profesionales en psicología durante las actividades.
- Son operadas por una organización de la sociedad civil y financiadas por otra.

Hitos de la intervención

- Fomentan la confianza y la autonomía de las y los internos a través de la creación de un espacio hecho por y para ellos.
- Promueven la escucha externa, abriendo la prisión a la comunidad fuera de ella. Esta intervención posibilita la transmisión del programa en medios de comunicación fuera del centro penitenciario a través de la radio comunitaria CUAC FM. Mientras que la intervención de Reinserta trabajará en la réplica con MVS Radio, un medio de comunicación nacional, así como Radio Nopal, una estación de radio colectiva por Internet.

Retos de la intervención

- Se han enfrentado a las limitaciones que impone el contexto de la prisión a la participación real de los internos.

DIFERENCIAS CLAVE

Población y espacio de intervención

La primera gran diferencia que se observa entre ambas intervenciones corresponde a la desemejanza entre la población y el espacio de intervención. En particular porque la intervención de Reinserta se encuentra focalizada en el periodo de la adolescencia, mientras que esta intervención no se centra en algún periodo etario en particular,

aunque puede inferirse que son adultos, o al menos mayores de 18 años. Ello también implica una disimilitud espacial, ya que en México estos adolescentes se encuentran en Centros de internamiento, no en Centros Penitenciarios; y el trabajo de esta intervención está situada en un Centro Penitenciario.

Con mayor detalle, la población intervenida por el Plan de Animación Sociocultural son las personas privadas de libertad (adultas) del Centro Penitenciario de Monterroso, en su generalidad, quienes participan de las actividades (entre ellas la Radio Librementemente) a través del Comité Mixto, responsable del diseño, coordinación y seguimiento del Plan, integrado por representantes de todos los colectivos que integran el centro penitenciario: personas privadas de libertad, mesa directiva del centro penitenciario, equipo técnico, personal, entidades externas y la Universidad (Aliad Ulteira, 2020).

En contraste, la intervención de Reinserta trabaja con una población sumamente focalizada: las y los adolescentes del Centro de Internamiento "Quinta del Bosque", quienes cuentan con la tutoría de jóvenes que estuvieron privados de libertad y ahora se encuentran en proceso de reinserción en el Centro de Reinserción para Adolescentes y Jóvenes (CRAJ).

Acompañamiento psicológico

Ambas intervenciones sostienen el acompañamiento de las y los internos por profesionales en psicología durante las actividades, como se decía arriba, sin embargo, intervención de Reinserta cuenta con el apoyo de un equipo de psicólogas y psicólogos especializados en la práctica cognitivo-conductual centrada en el trauma y experiencias adversas con jóvenes; mientras que *Radio librementemente* manifiesta dicho

acompañamiento por psicólogas y educadoras sociales, sin especificar alguna especialización o enfoque.

Objetivo de la intervención

Como ya se adelantaba en la descripción, esta intervención busca implicar a los diferentes agentes del colectivo prisión (personas privadas de libertad, equipo técnico, personal de vigilancia y profesionales de las entidades externas) en la identificación de las necesidades de la comunidad para así poder mejorar sus realidades (Morán, *et al.*, 2020). En otras palabras, esta intervención constata las potencialidades de promover procesos participativos (Barba & Morán, 2016).

Por lo que se refiere a la intervención de Reinserta, el objetivo es promover el bienestar emocional y psicológico de adolescentes en conflicto con la ley, a través de la disminución de problemáticas asociadas a la salud mental, tales como ansiedad y depresión; ello a través de talleres de salud mental con enfoque cognitivo-conductual y de la implementación de un programa de radio con contenido psicoeducativo.

En comparación, pese a que ambas intervenciones buscan mejorar la calidad de vida de sus beneficiarios, la diferencia clave se percibe en la orientación. La perspectiva de *Radio libremente* resulta sumamente general, centrada en la transformación de los contextos de vida de las personas en prisión. Por su parte, la intervención de Reinserta se encuentra completamente situada en el mejoramiento de la salud mental de adolescentes.

Componente educativo de la intervención

El componente educativo del Plan de Animación Sociocultural surge como respuesta a la detección de un importante límite a la voluntad de reinserción de las prisiones, el bajo nivel formativo de la población –la

mayoría no cuenta con la acreditación básica–, y de la constatación de su escasa participación en procesos educativos, particularmente escolares, requisitos fundamentales para acceder a vías profesionalizadoras que mejoren las posibilidades de inserción laboral, y, por lo tanto, social. En ese sentido se dedica a:

1. Informar, sensibilizar y motivar a las personas privadas de libertad a la participación en los procesos educativos escolares y sociales existentes en el Centro Penitenciario.
2. Potenciar la investigación y formación en el ámbito temático de educaciones en prisión orientada a profundizar y reivindicar el valor (re)educador para la reinserción social que la legislación atribuye a los centros penitenciarios, así como los límites y potencialidades de las acciones educativas en este contexto.
3. Potenciar y ampliar la línea de actuaciones de apertura, intercambio y participación comunitaria entre el centro penitenciario y la sociedad: Ayuntamiento de Monterroso, asociaciones y entidades sociales, voluntariado en general.

(Morán, *et al.*, 2020)

De manera distinta, el componente educativo de la intervención de Reinserta se creó tomando en cuenta la falta de capacidad del sistema de justicia para adolescentes para apoyar y proporcionar a las y los adolescentes y jóvenes los servicios e información sobre salud mental adecuados durante el internamiento, así como las estrategias de seguimiento posteriores a ella. Este enfoque proporciona un apoyo de salud mental oportuno y eficaz a través de la creación de podcast, lo que supone beneficios inmediatos, a mediano y largo plazo.

Además, las actividades están enmarcadas bajo la perspectiva de género, que toma en cuenta el efecto diferencial que los roles y estereotipos culturales pueden tener sobre la salud mental de las y los adolescentes, así como la violencia de género en el fenómeno de la salud mental, considerando los patrones de desigualdad que se gestan en la sociedad.

COSTO-EFECTIVIDAD

El Plan de Animación Sociocultural, por ende, la *Radio Librementemente*, no cuenta con algún estudio de costo–efectividad. Únicamente se les han aplicado evaluaciones de corte cualitativo (Barba & Morán, 2016; Barba, Morán, & Cruz, 2017; Morán, *et al.*, 2020).

No obstante, acorde con Aliad Ultreia (2021), se sabe que el proyecto es financiado (en su totalidad) por la Fundación “La Caixa”. Además, el mismo informe coloca que es el único proyecto financiado por dicha Fundación. Por tanto, puede inferirse que el presupuesto del Convenio de colaboración empresarial celebrado entre la Fundación “La Caixa” y la asociación Aliad Ultreia, que se muestra en el reporte financiero denominado *Cuentas anuales del ejercicio 2021*, fue destinado (en su totalidad) al Plan de Animación Sociocultural (2021) –el cual incluye al Radio LibreMente–.

En ese sentido, se estableció contacto vía correo electrónico con Paula Polo Pérez, Coordinadora de los Programas de animación sociocultural y voluntariado de Aliad Ultreia, quien aclaró dos datos importantes: 1. La Radio LibreMente logró realizar 12 podcast durante el periodo financiado; 2. Contaron con la participación de 7 beneficiarios.

Frente a tal información, se tomaron ambos valores para la construcción de dos razones costo efectividad:

$$\text{Razón de costo – efectividad} = \frac{\text{Costo de la intervención}}{\text{Medida de efectividad}} = \frac{\text{Presupuesto convenio}}{\text{Número de Podcast}}$$

$$\text{Razón de costo – efectividad} = \frac{\text{Costo de la intervención}}{\text{Medida de efectividad}} = \frac{\text{Presupuesto convenio}}{\text{Número de Beneficiarios}}$$

Evidentemente, estas razones tendrán sus limitaciones, ya que la cantidad de podcast y número de beneficiarios no son una unidad consustancial a la intervención en estudio. Como señalan Cabo, *et al.* (2018), las medidas de efectividad regularmente esperadas son: vidas salvadas, años de vida ganados, enfermedades prevenidas, casos diagnosticados, unidades naturales, entre otros.

Sin embargo, para efectos del presente ejercicio, las razones obtenidas permitirían identificar cuál de las dos intervenciones alcanza el mayor impacto en la población con relación a los recursos invertidos en ellas (al menos en términos absolutos); hecho que, en cierta medida, también busca el estudio costo–efectividad. Para tal propósito, la intervención de Reinserta también debiese ocupar unas razones de costo–efectividad¹³ similares a las anteriores:

$$\text{Razón de costo – efectividad} = \frac{\text{Costo de la intervención}}{\text{Medida de efectividad}} = \frac{\text{Presupuesto convenio}}{\text{Número de Podcast}}$$

$$\text{Razón de costo – efectividad} = \frac{\text{Costo de la intervención}}{\text{Medida de efectividad}} = \frac{\text{Presupuesto convenio}}{\text{Número de Beneficiarios}}$$

Con el cálculo de ambas razones, se comparan esta alternativa con nuestra intervención a través de la relación costo–efectividad, dicha comparación será presentada más adelante, en el Plano de costo–efectividad.

¹³ Tal medición sólo aplica para el presente apartado de comparación de alternativas, en búsqueda de una medida que, justamente, las haga comparables entre sí.

En el marco de todo lo descrito, a continuación, se presenta los siguientes resultados:

La razón costo–efectividad de la siguiente tabla X señala que, si bien el Plan de Animación es menos costosa, también muestra un menor grado de efectividad en comparación con la intervención de Reinserta; tal diferencia radica en el contenido de ambos programas, siendo Reinserta quien prioriza Salud Mental, trabaja con gente especializada, y se enfocó en desarrollar mucho más contenido radiofónico.

Tabla 25. Comparación de Resultados Costo – Efectividad

Nombre del Programa	Presupuesto (CAD)	Número Podcast	Razón Costo-Efectividad
Plan de Animación Socio Cultural	34,639	12	2,887
Programa de radio y talleres enfocados en salud mental dirigidos a adolescentes y jóvenes en conflicto con la ley en México	227,272	35	6,493

Fuente: Elaboración con base en los datos obtenidos de la Memoria Anual Aliad Ultraia 2021 y de Reinserta

De igual manera, observando los resultados de la tabla X, puede notarse que el Plan de Animación Sociocultural es una intervención costosa y menos efectiva en términos de cobertura, comparada con el número de beneficiarios/as de Reinserta, lo cual le convierte, nuevamente, en una intervención más efectiva.

Tabla 26. Comparación de Resultados Costo – Efectividad

Nombre del Programa	Presupuesto (CAD)	Beneficiarios/as	Razón Costo-Efectividad
Plan de Animación Socio Cultural	34,639	7	4948
Programa de radio y talleres enfocados en salud mental dirigidos a adolescentes y jóvenes en conflicto con la ley en México	227,272	129	1762

Fuente: Elaboración con base en los datos obtenidos de la Memoria Anual Aliad Ultraia 2021 y de Reinserta

Es importante aclarar que las diferencias y la justificación a detalle de estos resultados se presentará en el apartado de plano costo efectividad.

V.2.2. UNA VIDA DIFERENTE

ARGENTINA – Unidad Penitenciaria de Mujeres, No. 5, ciudad del Rosario

Unidad Penitenciaria de Varones, No. 3, ciudad del Rosario

DESCRIPCIÓN

Desde el 2006, la ONG “Mujeres tras las rejas” desarrolla intervenciones socioeducativas en la Unidad Penitenciaria de Mujeres (No. 5), donde busca romper con la invisibilidad de las mujeres privadas de libertad; sensibilizar a la sociedad respecto de la cruenta situación carcelaria; y promover los derechos de todas las personas privadas de la libertad (Brex, 2019).

Como parte de estas intervenciones socioeducativas, en 2008 se instaló un Taller de radio con la iniciativa de “sacar la voz a las sin voces”, realizando –desde entonces– la emisión de un programa de radio que, en palabras de Rojas & Brex (2019), *saca desde las entrañas mismas del penal sus palabras, en donde las mujeres hacen sentir su voz y hablan por derecho propio, sin intermediaciones*. A partir de este proyecto, en 2010 surge el pedido de las personas privadas de libertad de la Unidad Penitenciaria de Varones (No. 3), avalado por el entonces director general del Servicio Penitenciario Provincial, para ser incluidos dentro del dictado del Taller de radio. Ambas experiencias tienden a producir un encuentro entre el afuera y adentro de la cárcel siendo “la palabra” su eje.

Una vida diferente es el nombre del programa de radio que se emite por la radio comunitaria FM 91.3 – Aire Libre, el cual es producto del trabajo del Taller de radio, referido en el párrafo anterior, dictado por la ONG, tanto

en la Unidad Penitenciaria de Mujeres (No. 5), como en la Unidad Penitenciaria de Varones (No. 3) de la ciudad del Rosario.

El espacio radial se encuentra a cargo de integrantes del equipo “Mujeres tras las rejas”, quienes, junto a las personas privadas de libertad, trabajan, entre otras cuestiones, enuncia Rojas (2008), para atravesar el silencio que históricamente existe sobre la vida en el interior de los centros penitenciarios. A la vez, son oyentes de su propio micro-radial que se emite por la FM Aire Libre, siendo éste un puente para la aparición de sus voces, relatos y testimonios.

De acuerdo con el proyecto de la ONG, tener un espacio para informar y comunicar requiere de un tiempo de reflexión, debate y análisis que puede representar una oportunidad más de trabajo en la búsqueda de posibles caminos de mejora en la vida individual y social de las personas que, en algún momento, pasan por el sistema penitenciario. La radio *Una vida diferente* se instala como una estrategia de intervención para atemperar los daños que produce la reclusión, brindando herramientas comunicacionales y reconociendo los derechos de las y los actores a la expresión sin reparo. La experiencia de coordinación del Taller de radio tiene como su principal fruto la posibilidad de repensarse, de preguntarse y de escuchar otras voces. En el encuentro con las y los participantes se construye el lazo, el vínculo y la confianza, que posibilitan luego hacer del espacio del taller un lugar que produzca e interpele las subjetividades que se generan en la prisión (Brex, 2019).

Además, la intervención de radio se acompaña con talleres sobre salud reproductiva, sexualidad, maternidad, arte, tejido, fotografía, teatro y producciones literarias, conducidos por profesionales de las diferentes áreas abordadas. Los equipos están conformados por trabajadoras y

trabajadores sociales, psicólogas y psicólogos, terapistas ocupacionales, psicopedagogos, locutores y periodistas. La apelación a diferentes saberes constituye una de las tendencias más significativas dentro de la intervención en lo social, ya que ésta se hace sumamente compleja sin la posibilidad de diálogo entre diferentes campos de conocimiento (Briata, Mariño & Miedema, 2018; Brex, 2019).

PUNTOS DE ENCUENTRO

Resulta claro que el medio de coincidencia entre esta intervención y la de Reinserta es el componente radiofónico. Ello en varios sentidos que se muestran a continuación

Operación de la intervención

- Son operadas por una organización de la sociedad civil.
- Involucran activamente a las y los internos, desde la formación en radio, hasta el diseño, grabación/locución y edición de los programas.
- Buscan impactar al sector femenino de los centros, población particularmente vulnerable a sufrir violencia de género.
- Cuentan con un componente educativo en salud; sin embargo, este no aborda educación en salud mental.
- Sostienen el acompañamiento de las y los internos por profesionales en psicología durante las actividades.

Hitos de la intervención

- Fomentan la confianza y la autonomía de las personas privadas de libertad a través de la creación de un espacio hecho por y para ellas.
- Promueven la escucha externa, abriendo la prisión a la comunidad fuera de ella. Esta intervención posibilita la transmisión del programa en medios de comunicación fuera del centro penitenciario a través de la radio comunitaria FM 91.3 – Aire Libre. Mientras que la intervención de

Reinserta trabajará en la réplica con MVS Radio, un medio de comunicación nacional, así como Radio Nopal, una estación de radio colectiva por Internet.

- Proporcionan una oportunidad para el empoderamiento de las mujeres y el desarrollo de habilidades que las ayuden a crecer, tomando en cuenta la especificidad y características de sus necesidades y de los posibles problemas que las aquejan.

DIFERENCIAS CLAVE

Población y espacio de intervención

Entre ambas intervenciones existe desemejanza entre la población y el espacio de intervención. La intervención de Reinserta se encuentra focalizada en el periodo de la adolescencia, mientras que esta intervención no se centra en algún periodo etario en particular, aunque puede inferirse que son adultos, o al menos mayores de 18 años. Además, aunque ambas intervenciones involucran tanto a hombres como mujeres, se presenta una disimilitud espacial, ya que el trabajo de esta intervención está situado en dos Unidades Penitenciarias diferentes, mientras que la intervención de Reinserta se concentra en un solo Centro de Internamiento (Quinta del Bosque).

Objetivo de la intervención

Ambos objetivos se muestran bastante distintos. Como ya se adelantaba en la descripción, esta intervención busca *atravesar el silencio que históricamente existe sobre la vida en el interior de las cárceles, brindando herramientas comunicacionales, reconociendo los derechos de las y los actores a la expresión sin reparo.*

En contraste, el objetivo de la intervención de Reinserta es promover el bienestar emocional y psicológico de adolescentes en conflicto con la

ley, a través de la disminución de problemáticas asociadas a la salud mental, tales como ansiedad y depresión; ello a través de talleres de salud mental con enfoque cognitivo-conductual y de la implementación de un programa de radio con contenido psicoeducativo.

Acompañamiento psicológico

Ambas intervenciones sostienen el acompañamiento de las personas privadas de libertad por profesionales en psicología durante las actividades. Sin embargo, la intervención de Reinserta cuenta con el apoyo de un equipo de psicólogas y psicólogos especializados en la práctica cognitivo-conductual centrada en el trauma y experiencias adversas con jóvenes; mientras que *Una vida diferente* manifiesta dicho acompañamiento por psicólogas, sin especificar alguna especialización o enfoque, además de ocupar profesionales en otras áreas (trabajo social, terapia ocupacional, psicopedagogía, locución y periodismo).

Perspectiva de género

Pese a que ambas intervenciones incluyen la perspectiva de género, se vislumbra diferente el enfoque. En esta intervención el enfoque gira en torno a la invisibilidad de las mujeres privadas de libertad, sensibilizando a la sociedad respecto de la cruenta situación carcelaria y la promoción de sus derechos.

Por su parte, la intervención de Reinserta asegura que el contenido incluya una visión con perspectiva de género siempre asociándose a la salud mental. Las actividades están enmarcadas bajo esta perspectiva que toma en cuenta el efecto diferencial que los roles y estereotipos culturales pueden tener sobre la salud mental de las y los adolescentes, así como la violencia de género en el fenómeno de la salud mental, considerando los patrones de desigualdad que se gestan en la sociedad.

Componente educativo de la intervención

Aunque ambas intervenciones cuentan con un componente educativo en salud, la ONG “Mujeres tras las rejas” solo trabaja salud reproductiva, sexualidad y maternidad, mientras que la intervención de Reinserta promueve educación en salud mental, oportuna y eficaz.

COSTO-EFECTIVIDAD

Una vida diferente no cuenta con algún estudio de costo–efectividad.

Además: 1. No se han publicado datos que muestren la cantidad de personas beneficiarias. 2. No se conoce el presupuesto de esta intervención.

Se intentó contactar a la ONG “Mujeres tras las rejas” vía correo electrónico sin éxito alguno, por lo que **no se cuenta con la información suficiente para la construcción de una razón costo–efectividad** que permita la comparación entre ambas intervenciones.

V.2.3. ONDA CEREBRAL

ESPAÑA – Centro Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla

DESCRIPCIÓN

Onda Cerebral, hecha por personas privadas de libertad del Centro Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla, en palabras de Flórez (2008), la intervención empezó a traspasar las incontables e infranqueables rejas de la prisión para ser la voz de personas con trastorno mental severo confinadas por distintos tipos de delitos. Es la primera radio que se hace desde una prisión psiquiátrica en España, y que lleva consigo el deseo de aportar beneficios a los internos; de canalizar y servirles de vehículo de expresión de ideas y pensamientos; de ayudarles a recuperar su estabilidad; de aportarles un grado de responsabilidad y de capacidad



para tomar decisiones; y posibilitar su reincorporación a la sociedad sin riesgos.

La emisora nace con el propósito de ser un recurso dinámico y gestionado por los propios usuarios. Pretende que el espacio radiofónico sea un espacio de libertad y compromiso, donde la expresión de la palabra, y por lo tanto la escucha, faciliten la comprensión del sufrimiento de la persona. También pretende ser un espacio donde la imaginación permita salir de los muros y situarse en la de los deseos. Estimular la acción crítica, el inconformismo, la creatividad como recurso, y la búsqueda de nuevos cauces de expresión (Contreras, 2014).

La emisora está realizada íntegramente por las personas privadas de libertad de este centro, con la coordinación de su educador. Se emite en el 107.8 FM en Sevilla, con un alcance de apenas tres kilómetros. En total, son seis horas semanales de programación propia, que incluye entrevistas, información deportiva, humor y música. La radio se emite desde un pequeño estudio montado en una habitación situada junto a uno de los patios del penitenciario psiquiátrico (Contreras, Martín, & Aguaded, 2015).

La intervención cuenta con un equipo de reporteros de interior que recaban información sobre pacientes que llegan o se van, y de los profesionales del centro que charlan sobre las actividades, desde el fútbol a las salidas pasando por los talleres; o dan noticias extraordinarias o de actividades extrahospitalarias. También, tiene su equipo de reporteros exteriores que preparan entrevistas con personas de Sevilla. La información se complementa con música -al gusto de quienes hagan el programa-, comentarios deportivos, de humor, de lectura o, incluso, y entre otros, de un programa psicoeducativo, con entrevistas a pacientes en relación a la enfermedad mental (Flórez, 2008).

Finalmente, cabe destacar que no se encontró mucha información (alojada en línea) sobre esta intervención. Sin embargo, acorde con la memoria técnica (2020) de la organización “Asaenes Salud Mental Sevilla”, la radio *Onda cerebral* recibió un galardón en la XIII edición de los Premios Feafes Andalucía, celebrada en 2020: lo cual permite inferir que la intervención sigue vigente.

PUNTOS DE ENCUENTRO

Resulta claro que el medio de coincidencia entre esta intervención y la de Reinserta es el componente radiofónico. Pero no sólo eso, ya que el espacio de trabajo es un Centro Psiquiátrico Penitenciario, ambas intervenciones trabajan con un enfoque de salud mental. No obstante, como ya se decía arriba, no se muestra disponible la información suficiente para poder valorar los puntos de encuentro entre ambas intervenciones.

DIFERENCIAS CLAVE

Población y espacio de intervención

La primera gran diferencia que se observa entre ambas intervenciones corresponde a la desemejanza entre la población y el espacio de intervención. En particular porque la intervención de Reinserta se encuentra focalizada en el periodo de la adolescencia, mientras que esta intervención no se centra en algún periodo etario en particular, aunque puede inferirse que son adultos, o al menos mayores de 18 años. Además, existe una clara disimilitud espacial, dada la diferencia entre Centro de internamiento y Centro Psiquiátrico Penitenciario, en este último se encuentran personas con trastorno mental grave, u otras alteraciones psiquiátricas, que han cometido algún tipo de delito, pero que han sido considerados inimputables, es decir, exentos de responsabilidad criminal. Esto sucede así porque se entiende que, en el momento de la comisión del

delito, la persona presentaba una patología psiquiátrica que anula o alteraba gravemente sus capacidades cognitivas y volitivas (Contreras, 2014).

Objetivo de la intervención

Como ya se ha explorado, el objetivo de la intervención de Reinserta es promover el bienestar emocional y psicológico de adolescentes en conflicto con la ley, aunque ello pudiera empatar de alguna manera con la presente intervención, la de Reinserta se encuentra centrada en la disminución de problemáticas asociadas a la salud mental, tales como ansiedad y depresión, más no en el tratamiento de trastornos psiquiátricos graves, como los que sufren los internos del Centro Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla.

COSTO-EFECTIVIDAD

La radio *Onda cerebral* no cuenta con algún estudio de costo-efectividad. Únicamente se encontró que formó parte de una investigación (Contreras, Martín, & Aguaded, 2015) que, tras la realización de entrevistas a personas privadas de libertad y educadores, expuso experiencias mediáticas de algunos centros penitenciarios españoles, con el fin de comprobar si son útiles para esta población, y si favorecen su autoimagen positiva y sus expectativas de futuro.

Además, como ya se dijo reiteradamente, existe muy poca información sobre la intervención, sobre todo financiera. Ello podría estar sucediendo, como manifestó Flórez (2008), porque la intervención funciona con muy poca financiación, ya que sólo se escucha en un radio de tres kilómetros de la prisión. Aunque, el cometido del proyecto de la radio es facilitar la comunicación de los pacientes con el mundo exterior,

se da prioridad a la protección de las antiguas víctimas de los internos que no querrían reconocer las voces de estos por la radio.

Ya que a través de la asociación “Asaenes Salud Mental Sevilla” puede inferirse que la intervención sigue vigente, se contactó a dicha asociación vía correo electrónico sin éxito alguno, por lo que **no se cuenta con la información suficiente que permita la construcción de una razón costo–efectividad** que posibilite la comparación entre ambas intervenciones.

V.2.4. ECOS INTRAMUROS

ARGENTINA – Instituto Correccional de Mujeres “Nuestra Señora del Carmen” (Unidad 13)

DESCRIPCIÓN

Ecos Intramuros se enmarca en un Proyecto de Extensión Universitaria (PEU) de la Universidad Nacional de La Pampa (UNLPam), universidad pública argentina con sede central en la ciudad de Santa Rosa, en la provincia de La Pampa.

La intervención plantea la realización de un Taller de Radio con mujeres privadas de libertad del Instituto Correccional de Mujeres Nuestra Señora del Carmen (Unidad 13). El propósito es trabajar junto a las mujeres privadas de libertad a través de dinámicas grupales y compartir herramientas para que puedan verse a sí mismas con la posibilidad de tener una expresividad creativa y reflexiva en torno a diferentes temáticas: derechos humanos, identidad de género, aborto, violencia, trata de personas, derechos y niñez, derecho a la información, derecho ambiental y trabajo (Larrea & Bassa, Ecos Intramuros, 2019).

Así, los encuentros tienen la finalidad de movilizar a las mujeres de su condición de “internas”, es decir, desplazarlas del lugar de privación o prisión y trasladarlas a un espacio de expresión y libre comunicación. En el camino a realizar microrrelatos radiofónicos, las mujeres privadas de libertad logran deconstruirse, sentirse útiles y creativas en ese contexto de privación de la libertad. Sus experiencias, trayectos educativos y laborales, junto a proyectos de vida, son motivo de reflexión (Larrea, 2019).

PUNTOS DE ENCUENTRO

En esta intervención no resulta evidente el medio de coincidencia con la de Reinserta, ya que conserva un poco de ambos. Por un lado, Ecos Intramuros hace labor de capacitación y co-creación radiofónica, por otro, educa en perspectiva de género. Más aún, dado que la perspectiva de género funge como eje transversal en la intervención de Reinserta, el medio de coincidencia seleccionado es el componente radiofónico. Ello en varios sentidos, a continuación, se presentan las semejanzas:

Operación de la intervención

- Involucran activamente a las internas, desde la formación en radio, hasta el diseño, grabación/locución y edición de los programas.
- Buscan impactar al sector femenino de los centros, población particularmente vulnerable a sufrir violencia de género.
- Mantienen una importante participación de instituciones académicas (la Universidad Nacional de La Pampa –Argentina/Ecos intramuros– y la Universidad Iberoamericana –México/Reinserta–).

Hitos de la intervención

- Fomentan la confianza y la autonomía de las mujeres privadas de libertad a través de la creación de un espacio hecho por y para ellas.

- Proporcionan una oportunidad para el empoderamiento de las mujeres y el desarrollo de habilidades que las ayuden a crecer, tomando en cuenta la especificidad y características de sus necesidades y de los posibles problemas que las aquejan.

DIFERENCIAS CLAVE

Población y espacio de intervención

La primera gran diferencia que se observa entre ambas intervenciones corresponde a la desemejanza entre la población y el espacio de intervención. Por su parte, la intervención de Reinserta se encuentra focalizada en el periodo de la adolescencia, mientras que esta intervención no se centra en algún periodo etario en particular, aunque puede inferirse que son adultos, o al menos mayores de 18 años. Además, la intervención de Reinserta involucra tanto a hombres como mujeres adolescentes, los cuales se encuentran en Centros de internamiento. Esto último también implica una disimilitud espacial, ya que el trabajo de esta intervención está situado en el Instituto Correccional de Mujeres “Nuestra Señora del Carmen” (Unidad 13).

Acompañamiento psicológico

La intervención de Reinserta cuenta con el apoyo de un equipo de psicólogas y psicólogos especializados en la práctica cognitivo-conductual centrada en el trauma y experiencias adversas con jóvenes; mientras que *Ecos intramuros* no cuenta con acompañamiento por psicólogas, más bien responde a una demanda expresada por el equipo de trabajadoras sociales de la sección *Asistencia Social* del Instituto Correccional de Mujeres “Nuestra Señora del Carmen” (Unidad 13) a las investigadoras que han desarrollado la intervención desde 2018, quienes, por cierto, son comunicadoras sociales (Larrea, 2019).

Objetivo de la intervención

En comparación, ambos objetivos son bastante distintos. Como ya se adelantaba en la descripción, esta intervención busca que las mujeres privadas de libertad puedan verse a sí mismas con la posibilidad de tener una expresividad creativa y reflexiva, logrando deconstruirse, sentirse útiles y creativas en el contexto de privación de la libertad. Mientras que el objetivo de la intervención de Reinserta es promover el bienestar emocional y psicológico de adolescentes en conflicto con la ley, a través de la disminución de problemáticas asociadas a la salud mental, tales como ansiedad y depresión; ello a través de talleres de salud mental con enfoque cognitivo-conductual y de la implementación de un programa de radio con contenido psicoeducativo.

Perspectiva de género

Pese a que ambas intervenciones incluyen la perspectiva de género, este enfoque se vislumbra diferente. En esta intervención el enfoque gira en torno al desenvolvimiento creativo en ese contexto de privación de la libertad, donde las experiencias, trayectos educativos y laborales, junto a proyectos de vida de las mujeres privadas de libertad, son motivo de reflexión. Así, se busca visibilizar y difundir al exterior todo aquello que surge de los espacios participativos que permiten la reflexión, discusión y apropiación de los distintos tipos de derechos entre las mujeres detenidas (Larrea, 2019).

Por su parte, la intervención de Reinserta asegura que el contenido incluya una visión con perspectiva de género siempre asociándose a la salud mental. Las actividades están enmarcadas bajo esta perspectiva que toma en cuenta el efecto diferencial que los roles y estereotipos culturales pueden tener sobre la salud mental de las y los adolescentes,

así como la violencia de género en el fenómeno de la salud mental, considerando los patrones de desigualdad que se gestan en la sociedad.

Rol de la Universidad

Los roles de las Universidades que acompañan ambas intervenciones también son un factor importante de diferenciación. Para esta intervención el rol de la Universidad Nacional de La Pampa (UNLPam) es fundamental, no sólo porque se enmarca en un Proyecto de Extensión Universitaria, sino porque esta institución educativa financia su existencia (Consejo Superior UNLPam, 2020).

En contraste, la participación de la Universidad Iberoamericana en la intervención de Reinserta es más de corte colaborativo, puesto que sus estudiantes de psicología facilitan talleres de salud mental a las y los jóvenes en internamiento. También, les acompañan y guían en el proceso de creación de contenidos; proporcionan capacitación sobre conceptos fundamentales de salud mental y perspectiva de género; y brindan apoyo en los resultados del programa, así como en los procesos de monitoreo y evaluación.

COSTO-EFECTIVIDAD

1. No se han publicado datos que muestren la cantidad de beneficiarias.

2. El presupuesto de la Universidad Nacional de La Pampa que se encuentra de libre acceso en su página web no cuenta con un amplio nivel de desagregación para conocer el presupuesto de esta intervención.

3. Milagros Larrea, Coordinadora de la intervención, mediante una conversación vía correo electrónico de fecha 29 de septiembre de 2021, aclaró que no realizó ningún estudio de costo-efectividad, por lo que **no se cuenta con la información suficiente para la construcción de una razón**

costo–efectividad que permita la comparación entre ambas intervenciones.

V.2.5. VOCES DE LIBERTAD

ECUADOR – Centro de Rehabilitación Social de Cotopaxi

DESCRIPCIÓN

Las personas privadas de la libertad que se encuentran en el Centro de Rehabilitación Social de la Provincia de Cotopaxi, ciudad de Latacunga, participan de manera libre y voluntaria en el proyecto que garantiza su derecho a la comunicación e información a través del programa radiofónico “Voces de libertad”, fomentando el respeto en sí mismos y desarrollando su sentido de responsabilidad (López, 2016).

El programa *Voces de libertad* tiene un enfoque netamente social y ha establecido objetivos como la difusión de información de las actividades propias del Centro de Rehabilitación Social (talleres, artesanías, cultura, deportes) a la comunidad. También, se promocionan los productos que elaboran al interior del Centro y con este espacio buscan la posibilidad de vender y tener ingresos económicos que les permitan seguir trabajando a su egreso. Las personas privadas de su libertad promocionan los derechos humanos y sensibilizan a la sociedad acerca de los riesgos y las consecuencias que tendrían en el caso de que ejecuten actos ilícitos. Para esto cuentan sus historias y los motivos por los que están privados de libertad animando a la sociedad para que no incurran en actos delictivos y que estén al margen de la ley. Hacen un llamado de atención para que las y los ciudadanos aprovechen sus potencialidades y capacidad en actos productivos que contribuyan al desarrollo del país (López, 2016).

En esta intervención participan tres instituciones: 1. Centro de Rehabilitación Social de Cotopaxi; 2. Radio Latacunga AM y Stereo Latacunga FM; 3. la Unidad educativa a distancia de Cotopaxi “Monseñor Leonidas Proaño”. En el Centro de Rehabilitación Social Cotopaxi existe un espacio destinado a la cabina de radio que sirve a las y los internos para grabar sus producciones y difundirlas por medios locales de comunicación (López, 2016).

Previa la capacitación por parte de los profesionales de la comunicación designados por Radio Latacunga AM y Stereo Latacunga FM, interesados en vincularse con todos los actores sociales, especialmente con los menos favorecidos, para generar una comunicación incluyente alrededor de los problemas que afectan a las grandes mayorías y que va en contra de los valores y derechos humanos. Las personas privadas de la libertad, con la tutoría permanente de los docentes encargados de su formación, graban sus programas semanalmente con una planificación de los temas y manejo de contenidos acorde a los estándares establecidos (López, 2016).

Además, durante el último año, *Voces de libertad* participó y resultó beneficiaria de la Convocatoria pública del Instituto de Fomento a la Creatividad y la Innovación (2020) “Incentivo para proyectos artísticos desarrollados por personas privadas de la libertad” con la propuesta de vincular la experiencia de la creación artística del radioteatro a los procesos de rehabilitación de las personas privadas de libertad. Consiste en talleres sobre el lenguaje radio-teatral dictados de manera lúdica y participativa, dirigidos a hombres y mujeres privadas de libertad, en los que mediante: juegos escénicos, ejercicios de técnica vocal, dinámicas de escucha de radioteatro y comprensión de estructuras dramáticas, se aborda la comprensión del lenguaje radial para la elaboración de guiones,

actuación y producción radiofónica de una radionovela de ficción de 6 capítulos, ello mediante un ejercicio de interacción donde las personas privadas de libertad van creando sus propias historias basadas en sus propios testimonios (Radio Latacunga, 2021; Cruz, 2021).

PUNTOS DE ENCUENTRO

El medio de coincidencia entre esta intervención y la de Reinserta es el componente radiofónico. Ello en varios sentidos que a continuación se detallan:

Operación de la intervención

- Involucran activamente a las personas privadas de libertad, desde la formación en radio, hasta el diseño, grabación/locución y edición de los programas.
- Mantienen el apoyo de instituciones académicas (la Unidad educativa a distancia de Cotopaxi “Monseñor Leonidas Proaño” –Ecuador/Voces de libertad– y la Universidad Iberoamericana –México/Reinserta–).

Hitos de la intervención

- Fomentan la confianza y la autonomía de las personas privadas de libertad a través de la creación de un espacio hecho por y para ellos.
- Promueven la escucha externa, abriendo la prisión a la comunidad fuera de ella. Esta intervención posibilita la transmisión del programa en medios de comunicación fuera del centro penitenciario a través de la Radio Latacunga AM y Stereo Latacunga FM. Mientras que la intervención de Reinserta trabajará en su réplica con MVS Radio, un medio de comunicación nacional, así como Radio Nopal, una estación de radio colectiva por Internet.

DIFERENCIAS CLAVE

Población de intervención

La primera gran diferencia que se observa entre ambas intervenciones corresponde a la semejanza entre la población y el espacio de intervención. Esto porque la intervención de Reinserta se encuentra focalizada en el periodo de la adolescencia, mientras que esta intervención no se centra en algún periodo etario en particular, aunque puede inferirse que son adultos, o al menos mayores de 18 años.

Objetivo de la intervención

Como se adelantaba en la descripción, esta intervención busca promocionar los derechos humanos y sensibilizar a la sociedad, mediante testimonios de las personas privadas de libertad, acerca de los riesgos y las consecuencias que tendrían en el caso de que ejecuten actos ilícitos. Mientras que, en la intervención de Reinserta, el objetivo es promover el bienestar emocional y psicológico de adolescentes en conflicto con la ley, a través de la disminución de problemáticas asociadas a la salud mental, tales como ansiedad y depresión.

COSTO-EFECTIVIDAD

Voces de libertad no cuenta con algún estudio de costo–efectividad.

No obstante, acorde con Radio Latacunga (2021), se sabe que *Voces de libertad* fue financiado por la Convocatoria pública del Instituto de Fomento a la Creatividad y la Innovación (2020) “Incentivo para proyectos artísticos desarrollados por personas privadas de la libertad”, ello para la realización de una radionovela de ficción de 6 capítulos, basada en los testimonios de las personas privadas de libertad.

La radio novela cuenta con tres capítulos elaborados en la cárcel de varones y tres en la de mujeres, con un elenco mixto. Al revisar dicha

convocatoria, se identificó que el presupuesto asignado por proyecto fue de \$15,000 (la moneda de Ecuador es el dólar estadounidense), por lo que puede asumirse que ese es el presupuesto de la presente intervención para 2021.

En el mes de septiembre de la gestión 2021 se intentó contactar vía correo electrónico a Diana Borga, Directora artística de la radionovela, sin éxito alguno, no obstante, con la información descrita en el párrafo anterior se podría construir la siguiente razón costo–efectividad basada en los podcasts realizados:

$$\text{Razón de costo – efectividad} = \frac{\text{Presupuesto de la Convocatoria}}{\text{Número de podcast de la radionovela}}$$

Como ya se ha mencionado, esta razón tiene sus limitaciones, ya que el número de podcast no es una unidad consustancial a la intervención en estudio. Como señalan Cabo, *et al.* (2018), las medidas de efectividad regularmente esperadas son: vidas salvadas, años de vida ganados, enfermedades prevenidas, casos diagnosticados, unidades naturales, entre otros.

Es importante recalcar que este análisis está en términos de alcance y no de resultado porque no se tiene medidas de efectividad comparables como se muestra en el apartado de efectividad. Por tanto, solo para esta comparación se tomaron estas medidas.

Sin embargo, para efectos del presente ejercicio la cantidad de podcast permitiría identificar cuál de las dos intervenciones alcanza el mayor impacto en la población con relación a los recursos invertidos en ellas (al menos en términos absolutos); hecho que, en cierta medida, también busca el estudio costo–efectividad. Para tal propósito, la

intervención de Reinserta también debiese ocupar una razón de costo–efectividad¹⁴ similar a la anterior:

$$\text{Razón de costo – efectividad} = \frac{\text{Costo de la intervención}}{\text{Número de podcast de la intervención de Reinserta}}$$

Con el cálculo de esta razón se comparará esta alternativa con nuestra intervención a través de la relación costo–efectividad, dicha comparación será presentada en el plano de costo–efectividad.

En el marco de todo lo descrito se presentan los cálculos obtenidos en la siguiente tabla:

Tabla X. Resultados de Costo - Efectividad

Nombre Programa	Presupuesto (CAD)	Número Podcast	Razón Costo-Efectividad
Radio Voces de Libertad	20,550	6	3,425
Programa de radio y talleres enfocados en salud mental dirigidos a adolescentes y jóvenes en conflicto con la ley en México	227,272	35	6,493

Fuente: Elaboración con base en datos proporcionados por Voces de Libertad y de Reinserta

La razón costo–efectividad ilustra que, si bien el Programa de Radio Voces de Libertad es menos costoso, también muestra menor grado de efectividad en comparación con el Programa de Reinserta, dada la cantidad de contenido que se produjo en este último.

Inclusive, considerando que la intervención combina el eje psicosocial, que se llevó a cabo a través de la implementación de los talleres de salud mental, y el eje psicoeducativo mediante los contenidos radiofónicos sobre temas de salud mental que refuerzan los conceptos

¹⁴ Tal medición sólo aplica para el presente apartado de comparación de alternativas, en búsqueda de una medida que, justamente, las haga comparables entre sí.

aprendidos en los talleres; la mayor efectividad que se vislumbra en la intervención de Reinserta en términos de salud mental.

Es importante aclarar que las diferencias y la justificación a detalle de estos resultados se presentará en la sección del Plano costo-efectividad.

V.2.6. EL ZAPATO ROTO

ESPAÑA – Centro Penitenciario de Huelva

DESCRIPCIÓN

Desde el año 2007 la radio de la Universidad de Huelva, UniRadio y el Centro Penitenciario de Huelva mantienen una estrecha relación realizando actividades con las personas privadas de libertad. Concretamente se puso en marcha la participación de personas privadas de libertad y educadores en el *magazine* de la mañana de la emisora, participando en un espacio de media hora de duración a la semana. Se trataba de que personas privadas de libertad dieran su visión particular sobre un tema de actualidad o elegido por ellos y se generase el debate entre ellos, los oyentes y locutores. Esto se mantuvo durante cinco años y tuvo un enorme calado en la comunidad penitenciaria, universitaria y social de Huelva. Pero esta experiencia de radio en la prisión ha ido desarrollándose de manera progresiva hasta alcanzar el grado de autogestión. De cara al 2011 comenzó la realización de talleres de alfabetización con el medio radiofónico, estos talleres consistieron en la reflexión sobre el porqué y el para qué de este programa (Contreras, 2014).

Tras un proceso de formación en el ámbito de la alfabetización y educomunicación para el cambio social, las personas privadas de libertad realizan íntegramente su propio programa desde el Centro Penitenciario,

llevando a cabo labores de guionización, producción, locución y realización técnica (Contreras, Martín, & Aguaded, 2015).

El equipo actual de *El zapato roto* lo conforman un total de ocho personas privadas de libertad, que cuentan con el apoyo de una educadora. De las ocho personas, siete se dedican a las labores de locución y uno de ellos al control técnico. Bajo supervisión de la educadora y de parte del personal de la emisora universitaria, los participantes construyen un discurso radiofónico que muestra la capacidad alfabetizadora del medio radiofónico (Contreras, 2014; Martín & Piñeiro, 2020).

Otro de los componentes es el encargado de ser el locutor de continuidad y el resto, cada uno de ellos, se encarga de uno de los espacios: Actualidad, El Banquillo (espacio de entrevistas), Recuerdos (con mensajes que cualquier persona privada de libertad desde el centro puede mandar a quien quiera y viceversa, de los oyentes a las personas privadas de libertad), Cultura o Humor (el programa es editado y post-producido por los propios internos y posteriormente se envía a la emisora). *El zapato roto* se emite por FM para Huelva (103.6 FM) y a través de Internet para todo el mundo. Tras su emisión es subido a la plataforma podcast de UniRadio (Contreras, 2014; *El zapato roto*, 2020).

Esta intervención ha servido para las personas privadas de libertad como fórmula de reeducación y reinserción social, y como toma de contacto con los medios de comunicación. Por otro lado, los participantes sienten que su voz, sus ideas y sus reflexiones salen de los muros de la prisión y son escuchadas y valoradas por la ciudadanía (Contreras, González, & Aguaded, 2014).

PUNTOS DE ENCUENTRO

Resulta claro que el medio de coincidencia entre esta intervención y la de Reinserta es el componente radiofónico. Ello en varios sentidos que a continuación se describen:

Operación de la intervención

- Involucran activamente a personas privadas de libertad en la grabación/locución y edición de los programas radiofónicos.
- Mantienen el apoyo de instituciones académicas (la Universidad de Huelva –España/El zapato roto– y la Universidad Iberoamericana –México/Reinserta–).

Hitos de la intervención

- Fomentan la confianza y la autonomía de personas privadas de libertad a través de la creación de un espacio hecho por y para ellos.
- Promueven la escucha externa, abriendo la prisión a la comunidad fuera de ella. Esta intervención posibilita la transmisión del programa en medios de comunicación fuera del centro penitenciario a través de FM para Huelva (103.6 FM) y a través de Internet para todo el mundo, mientras que la intervención de Reinserta trabajará en su réplica con MVS Radio, un medio de comunicación nacional, así como Radio Nopal, una estación de radio colectiva por Internet.

DIFERENCIAS CLAVE

Población y espacio de intervención

La primera gran diferencia que se observa entre ambas intervenciones corresponde a la desemejanza entre la población y el espacio de intervención. La intervención de Reinserta se encuentra focalizada en el periodo de la adolescencia, mientras que esta intervención no se centra en algún periodo etario en particular, aunque

puede inferirse que son adultos, o al menos mayores de 18 años. Ello también implica una disimilitud espacial, ya que en México estos adolescentes se encuentran en Centros de internamiento, no en Centros Penitenciarios; y el trabajo de esta intervención está situada en el Centro Penitenciario de Huelva.

Acompañamiento psicológico

La intervención de Reinserta cuenta con el apoyo de un equipo de psicólogas y psicólogos especializados en la práctica cognitivo-conductual centrada en el trauma y experiencias adversas con jóvenes; mientras que esta intervención solo cuenta con el acompañamiento de una educadora.

Objetivo de la intervención

En comparación, ambos objetivos son bastante distintos. Como ya se adelantaba en la descripción, esta intervención implica la reeducación y reinserción social de las personas privadas de libertad, construyendo un discurso que muestra la capacidad alfabetizadora del medio radiofónico (Contreras, González, & Aguaded, 2014). Por lo que se refiere a la intervención de Reinserta, el objetivo es promover el bienestar emocional y psicológico de adolescentes en conflicto con la ley, a través de la disminución de problemáticas asociadas a la salud mental, tales como ansiedad y depresión; ello a través de talleres de salud mental con enfoque cognitivo-conductual y de la implementación de un programa de radio con contenido psicoeducativo.

Componente educativo de la intervención

El componente educativo de esta intervención consiste en talleres de alfabetización con el medio radiofónico, ello sobre la reflexión del porqué y el para qué de este programa. Este proceso de formación en el

ámbito de la alfabetización y educomunicación está orientada hacia el cambio social (Contreras, 2014; Contreras, Martín, & Aguaded, 2015).

De manera distinta, el componente educativo de la intervención de Reinserta se creó tomando en cuenta la falta de capacidad del sistema de justicia para adolescentes para apoyar y proporcionar a las y los adolescentes y jóvenes los servicios de salud mental adecuados durante el internamiento, así como las estrategias de seguimiento posteriores a ella.

Rol de la Universidad

Los roles de las Universidades que acompañan ambas intervenciones también son un factor importante de diferenciación. Para esta intervención el rol de la Universidad de Huelva es fundamental porque esta institución educativa financia su existencia (Contreras, 2014). En contraste, la participación de la Universidad Iberoamericana en la intervención de Reinserta es más de corte colaborativo, puesto que sus estudiantes de psicología facilitan talleres de salud mental a las y los jóvenes en internamiento. También, les acompañan y guían en el proceso de creación de contenidos; proporcionan capacitación sobre conceptos fundamentales de salud mental y perspectiva de género; y brindan apoyo en los resultados del programa, así como en los procesos de monitoreo y evaluación.

COSTO-EFECTIVIDAD

La radio *El zapato roto* no cuenta con algún estudio de costo–efectividad.

Además, pese a que se conoce la cantidad de beneficiarios actuales (personas privadas de libertad que participan activamente en la guionización, producción, locución y realización técnica radiofónica),

dentro del presupuesto de la Universidad de Huelva no se especifica la partida destinada a la Uniradio, ni a la intervención.

Se contactó a dicha asociación vía correo electrónico sin éxito alguno, por lo que **no se cuenta con la información suficiente que permita la construcción de una razón costo–efectividad** que posibilite la comparación entre ambas intervenciones.

V.2.7. RADIO ABIERTA AMBULANTE

México – Instituto Nacional de Psiquiatría y Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino

JUSTIFICACIÓN

La presente intervención no se implementa en algún centro penitenciario y/o de internamiento, ni trabaja con comunidad en conflicto con la ley. No obstante, dado que las y los beneficiarios se encuentran institucionalizados, podría considerarse como un símil de la intervención de Reinserta. Además, ambas intervenciones emplean un enfoque de salud mental. Finalmente, hasta el momento, es la única intervención nacional que podría llegar a ser comparable.

DESCRIPCIÓN

En el año 2009 nace *Radio Abierta*, la primera radio realizada por personas que tienen sufrimiento psíquico en México, como una iniciativa comunitaria en salud mental. En este sentido, de acuerdo con Makowski (2013), *Radio Abierta* está orientada a crear y fortalecer los lazos sociales entre las personas con trastornos mentales y la sociedad en general, al mismo tiempo que busca combatir los estigmas asociados a la locura y a quienes la padecen. Este proyecto radial se concibe, entonces, como un dispositivo de intervención comunitario que apuesta por la inclusión pública de las

voces y presencias de sujetos sociales que han sido siempre excluidos y discriminados por la sociedad.

Originalmente, *Radio Abierta* funcionaba sólo en un jardín de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, bajo la modalidad de un dispositivo de intervención psicosocial y comunicacional (Makowski, 2013). Para 2011, se habilitó el esquema *Radio Abierta Ambulante*, que consiste en llevar este dispositivo a dos instituciones psiquiátricas. Se trata de las dos instituciones más grandes de nuestro país, es decir, el Instituto Nacional de Psiquiatría y el Hospital Fray Bernardino. La participación es voluntaria, y una vez que los usuarios terminan el proceso de rehabilitación psicosocial del hospital son invitados a continuar en las sesiones radiofónicas en la Universidad (Makowski, 2016; Maceda, 2019; Ballesteros & Makowski, 2021).

Además, posterior a la etapa de diversificación del dispositivo, le siguió la incorporación de una revista digital denominada "Toing", que también es realizada por las mismas personas con trastorno mental. Ellos hacen la revista y escriben; se trata de una revista básicamente de expresión y creación artística. Cuenta con un comité editorial que está conformado por los mismos participantes de la radio. Lo interesante de esta revista radica en que con el tiempo se ha convertido en una plataforma internacional, de intercambio y comunicación, porque en ella publican también participantes de otras radios realizadas por personas con trastorno mental, pero en otros países: Argentina, Costa Rica, Portugal, Italia, Rusia, Francia y España (Makowski, 2016; Maceda, 2019; Ballesteros & Makowski, 2021).

La parte central de *Radio Abierta* y *Radio Abierta Ambulante* lo constituye su modelo de intervención, pensado como un dispositivo

metodológico para la producción de sonoridad humana y lazo social. Es un mecanismo grupal de intervención abierto a la participación y radiofónico. Acorde con Makowski (2013), un objetivo medular del dispositivo es el de visibilizar en primer plano a los propios sujetos que padecen algún trastorno mental: sus voces, sus experiencias, sus mundos y sus realidades toman la palabra con nombre propio. En el desarrollo de las emisiones, el dispositivo se convierte en una caja de resonancia a través de la cual la palabra circula por el espacio público, generando efectos de conexión y de recuperación de la condición humana al ser escuchados por otros y por sí mismos (Ballesteros & Makowski, 2021).

Este dispositivo de intervención psicosocial y comunicacional incluye, también, la participación activa de la sociedad durante la transmisión en vivo por FM 94.1 UAM Radio. Con el uso de las redes sociales como Facebook y Twitter, así como de correos electrónicos, la audiencia se incluye en el desarrollo del programa a través de los mensajes que envía y que son leídos en vivo. De ese modo, los radioescuchas no solo alojan solidariamente las palabras de las personas con experiencias psiquiátricas, sino que al mismo tiempo colaboran para ensanchar los horizontes de la comunicación (Ballesteros & Makowski, 2021).

PUNTOS DE ENCUENTRO

Resulta claro que el medio de coincidencia entre esta intervención y la de Reinserta es el componente radiofónico. Pero no sólo eso, ya que el espacio de trabajo son Instituciones Psiquiátricas, ambas intervenciones trabajan con un enfoque de salud mental. A continuación, se ahonda sobre estas similitudes:

Operación de la intervención

- Involucran activamente a las y los participantes en la grabación/locución y edición de los programas radiofónicos.
- Mantienen el apoyo de instituciones académicas (la Universidad Autónoma Metropolitana –México/Radio Abierta Ambulante– y la Universidad Iberoamericana –México/Reinserta–).

Hitos de la intervención

- Visibilizan problemáticas en salud mental desde la voz de quienes las padecen.
- Promueven la escucha externa, abriendo la prisión a la comunidad fuera de ella. Esta intervención posibilita la transmisión del programa en medios de comunicación fuera del Hospital psiquiátrico a través de FM 94.1 UAM Radio y a través de Internet para todo el mundo. Mientras que la intervención de Reinserta trabajará en su réplica con MVS Radio, un medio de comunicación nacional, así como Radio Nopal, una estación de radio colectiva por Internet.

DIFERENCIAS CLAVE

Población y espacio de intervención

Entre ambas intervenciones existe desemejanza entre la población y el espacio de intervención. En particular porque la intervención de Reinserta se encuentra focalizada en el periodo de la adolescencia, mientras que esta intervención no se centra en algún periodo etario en particular. Además, existe una clara disimilitud espacial, dada la diferencia entre Centro de internamiento y Hospital Psiquiátrico, aunque ambos son instituciones, en este último se atienden exclusivamente hospitalizaciones psiquiátricas agudas, es decir, que afecten la salud mental del paciente (trastornos mentales y del comportamiento) y que conlleven riesgos para



el mismo y/o para terceras personas (HPFBA, 2017), sin que ello implique una condena penitenciaria, como es el caso de los Centros de internamiento.

Objetivo de la intervención

Como ya se adelantaba en la descripción, esta intervención pretende crear y fortalecer los lazos sociales entre las personas con trastornos mentales y la sociedad en general, al mismo tiempo que busca combatir los estigmas asociados a la locura y a quienes la padecen. Este proyecto radial se concibe, entonces, como un dispositivo de intervención comunitario que apuesta por la inclusión pública de las voces y presencias de sujetos sociales que han sido siempre excluidos y discriminados por la sociedad.

En contraste, el objetivo de la intervención de Reinserta es promover el bienestar emocional y psicológico de adolescentes en conflicto con la ley, a través de la disminución de problemáticas asociadas a la salud mental, tales como ansiedad y depresión; ello a través de talleres de salud mental con enfoque cognitivo-conductual y de la implementación de un programa de radio con contenido psicoeducativo.

Rol de la Universidad

Los roles de las Universidades que acompañan ambas intervenciones también son un factor importante de diferenciación. Para esta intervención el rol de la Universidad Autónoma Metropolitana es fundamental porque esta institución educativa financia su existencia (UAM-X, 2019). En contraste, la participación de la Universidad Iberoamericana en la intervención de Reinserta es más de corte colaborativo, puesto que sus estudiantes de psicología facilitan talleres de salud mental a las y los jóvenes en internamiento.

COSTO-EFECTIVIDAD

La *Radio Abierta Ambulante* no cuenta con algún estudio de costo-efectividad.

Además: 1. No se han publicado datos que muestren la cantidad de personas beneficiarias. 2. No se conoce el presupuesto de esta intervención.

Se intentó contactar con Sara Makowski, coordinadora de Radio Ambulante vía correo electrónico sin éxito alguno, por lo que **no se cuenta con la información suficiente para la construcción de una razón costo-efectividad** que permita la comparación entre ambas intervenciones.

V.3. EVALUACIÓN COMPARATIVA DE ALTERNATIVAS

Dada la elección de alternativas, la evaluación comparativa consistió en someter tales alternativas a una *semaforización de coincidencia*, la cual evaluará el grado de coincidencia de los medios implementados en nuestra implementación con los de las intervenciones seleccionadas.

V.3.1. SEMAFORIZACIÓN DE COINCIDENCIA

V.3.1.1. METODOLOGÍA

Como pudo observarse en el apartado anterior, la intervención de Reinserta contempla diversas dimensiones con ciertas especificidades. Por tanto, para lograr la presente semaforización, cada dimensión comprende cierta cantidad de ítems (señalados con “p”), los cuales poseen una puntuación diferenciada dependiendo de la importancia de tal especificidad en la intervención de Reinserta, por ejemplo, los ítems sobre salud mental regularmente cuentan con puntuaciones más altas.

GRUPO POBLACIONAL -hasta 5 puntos-

- ↳ La población de intervención se encuentra focalizada en personas adolescentes y jóvenes privadas de libertad → 3 puntos
- ↳ La intervención beneficia a personas privadas de libertad de ambos sexos (hombres y mujeres) → 2 puntos

COMPONENTE RADIOFÓNICO -hasta 11 puntos-

- ↳ La intervención involucra activamente a las personas privadas de libertad, desde la formación en radio, hasta el diseño, grabación/locución y edición de los programas → 3 puntos
- ↳ La formación en radio permite que quienes fueron capacitados por la intervención, a su vez, puedan capacitar a otras personas privadas de libertad y elaboren contenidos radiofónicos → 2 puntos
- ↳ La intervención cuenta con equipamiento técnico propio para llevar a cabo los programas de radio de manera autónoma (sin ocupar sedes radiofónicas establecidas y/o comerciales) → 2 puntos
- ↳ El contenido radiofónico trata temas sobre salud mental → 3 puntos
- ↳ El contenido radiofónico trata temas sobre perspectiva de género → 1 punto

COMPONENTE PSICOEDUCATIVO -hasta 5 puntos-

- ↳ Las personas privadas de libertad beneficiarias reciben talleres psicoeducativos con contenido enfocado en salud mental → 5 puntos

ENFOQUE DE SALUD MENTAL –hasta 4 puntos, son excluyentes–

- p El acompañamiento psicológico que ofrece la intervención está especializado en la práctica cognitivo-conductual, centrada en el trauma y experiencias adversas con adolescentes y jóvenes → 4 puntos
- p El acompañamiento psicológico que ofrece la intervención está especializado en la práctica cognitivo-conductual → 3 puntos
- p El acompañamiento psicológico que ofrece la intervención está especializado en alguna práctica psicológica distinta a la cognitivo-conductual (psicoanálisis, entre otras) → 2 puntos
- p La intervención ofrece acompañamiento psicológico → 1 punto

DINÁMICAS GRUPALES –hasta 3 puntos–

- p La intervención opera mediante dinámicas grupales → 3 puntos

PERSPECTIVA DE GÉNERO –hasta 5 puntos, el último ítem es excluyente–

- p La perspectiva de género de la intervención se encuentra asociada a la salud mental → 3 puntos
- p La perspectiva de género de la intervención trabaja temas referentes a roles sociales, estereotipos culturales y violencia de género → 2 puntos
- p La intervención cuenta con perspectiva de género (con orientaciones distintas a los mencionado en los ítems anteriores) → 1 punto

ROL DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS -hasta 4 puntos-

- ↳ La intervención cuenta con la participación de alguna Universidad (o bien, alguna institución de educación superior) → 2 puntos
- ↳ La participación de alguna Universidad (o bien, alguna institución de educación superior) resulta únicamente de corte colaborativo , más no financiador → 2 puntos

REPLICABILIDAD -hasta 3 puntos, las dos primeras son excluyentes-

- ↳ La intervención ha sido y/o continúa siendo replicada en alguna otra demarcación territorial (entidades federativas, provincias, entre otras -dependiendo el tipo de denominación territorial del país-)→ 2 puntos
- ↳ La intervención cuenta con alguna estrategia de replicabilidad en alguna otra demarcación territorial (entidades federativas, provincias, entre otras -dependiendo el tipo de denominación territorial del país-)→ 2 puntos
- ↳ La intervención promueve la escucha externa mediante la transmisión del programa de radio en medios de comunicación fuera del Centro penitenciario o de internamiento → 1 punto

PUNTUACIÓN

La puntuación máxima por alcanzar es de 40 puntos. De ahí en adelante, la sumatoria de puntos podrá variar acorde con aquellos *ítems* que comparte la intervención comparable con la de Reinserta.

La siguiente tabla muestra los rangos de puntuación necesarios para semaforizar la intervención, los cuales se construyeron considerando lo siguiente:

- Las menores puntuaciones corresponden a los colores rojo y naranja de la semaforización.
- Se aplicó un candado numérico –27 puntos¹⁵– que asegura la presencia de algún aspecto sobre salud mental en los colores ámbar y azul de la semaforización.
- Sólo se conseguirá el verde en caso de obtener todos los puntos posibles.

					
	Alternativas que resultan muy poco coincidentes con la intervención de Reinserta	Alternativas que resultan poco coincidentes con la intervención de Reinserta	Alternativas que resultan medianamente coincidentes con la intervención de Reinserta	Alternativas que resultan cercanamente coincidentes con la intervención de Reinserta	Alternativas que resultan completamente coincidentes con la intervención de Reinserta
RANGOS DE PUNTUACIÓN	1 a 13 puntos	14 a 26 puntos	27 a 33 puntos	34 a 39 puntos	40 puntos

V.3.1.2. RESULTADOS

Obteniendo las respectivas puntuaciones con base en la metodología planteada, se observa que todas las intervenciones consideradas como alternativas de comparación no sobrepasan de los 26 puntos, lo que

¹⁵ La combinación posible que excluye todos los aspectos sobre salud mental suma 26 puntos, lo que significa que a partir de la sumatoria de 27 puntos debe incluirse al menos un aspecto sobre salud mental.

significa que todas estas alternativas resultan poco coincidentes con la intervención de Reinserta.

En el marco de los puntajes obtenidos resulta importante destacar los siguientes puntos:

1. El 90% de las alternativas no priorizan el trabajo enfocado en Salud Mental.
2. Milagros Larrea y Paula Polo Pérez, Coordinadoras de los programas Voces de Libertad y Radio Librementemente, respectivamente, identificaron que es importante considerar la “Salud Mental” de las y los beneficiarios, admitiendo que es un punto que no se había considerado en sus intervenciones. De hecho, luego de la comunicación que tuvieron con Reinserta propondrán incluir esta dinámica en sus planes de acción.
3. Ninguna de las alternativas intervienen con el grupo etario con el que trabaja Reinserta. El marco de trabajo está enfocado a personas adultas entre 20 y 40 años.

TABLA X. Semaforización de coincidencia entre alternativas comparables

NOMBRE	TERRITORIALIZACIÓN	MEDIO DE COINCIDENCIA	SEMAFORIZACIÓN
Radio Librementemente	ESPAÑA Centro Penitenciario de Monterroso	Capacitación, co-creación y difusión radiofónica, con componente educativo	 <i>GRUPO POBLACIONAL: 2 puntos</i> <i>COMPONENTE RADIOFÓNICO: 5 puntos</i> <i>COMPONENTE PSICOEDUCATIVO: 0 puntos</i> <i>ENFOQUE DE SALUD MENTAL: 0 puntos</i> <i>DINÁMICAS GRUPALES: 3 puntos</i> <i>PERSPECTIVA DE GÉNERO: 1 punto</i>

NOMBRE	TERRITORIALIZACIÓN	MEDIO DE COINCIDENCIA	SEMAFORIZACIÓN
			ROL DE LA UNIVERSIDAD: 4 puntos REPLICABILIDAD: 3 puntos TOTAL → 18 puntos
Una vida diferente	ARGENTINA Unidad Penitenciaria de Mujeres (No. 5) Unidad Penitenciaria de Varones (No. 3) **Ambos de la ciudad del Rosario	Capacitación, co-creación y difusión radiofónica, con componente educativo en salud y perspectiva de género	 GRUPO POBLACIONAL: 2 puntos COMPONENTE RADIOFÓNICO: 6 puntos COMPONENTE PSICOEDUCATIVO: 0 puntos ENFOQUE DE SALUD MENTAL: 0 puntos DINÁMICAS GRUPALES: 3 puntos PERSPECTIVA DE GÉNERO: 3 puntos ROL DE LA UNIVERSIDAD: 0 puntos REPLICABILIDAD: 1 puntos TOTAL → 15 puntos
Onda cerebral	ESPAÑA Centro Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla	Capacitación, co-creación y difusión radiofónica, con enfoque de salud mental	 GRUPO POBLACIONAL: 0 puntos COMPONENTE RADIOFÓNICO: 8 puntos COMPONENTE PSICOEDUCATIVO: 5 puntos ENFOQUE DE SALUD MENTAL: 0 puntos DINÁMICAS GRUPALES: 0 puntos PERSPECTIVA DE GÉNERO: 0 punto ROL DE LA UNIVERSIDAD: 0 puntos REPLICABILIDAD: 1 puntos TOTAL → 14 puntos
Ecos intramuros	ARGENTINA Instituto Correccional de Mujeres "Nuestra Señora del Carmen" (Unidad 13)	Capacitación, co-creación y difusión radiofónica, con perspectiva de género	 GRUPO POBLACIONAL: 0 puntos COMPONENTE RADIOFÓNICO: 8 puntos COMPONENTE PSICOEDUCATIVO: 0 puntos ENFOQUE DE SALUD MENTAL: 0 puntos DINÁMICAS GRUPALES: 3 puntos

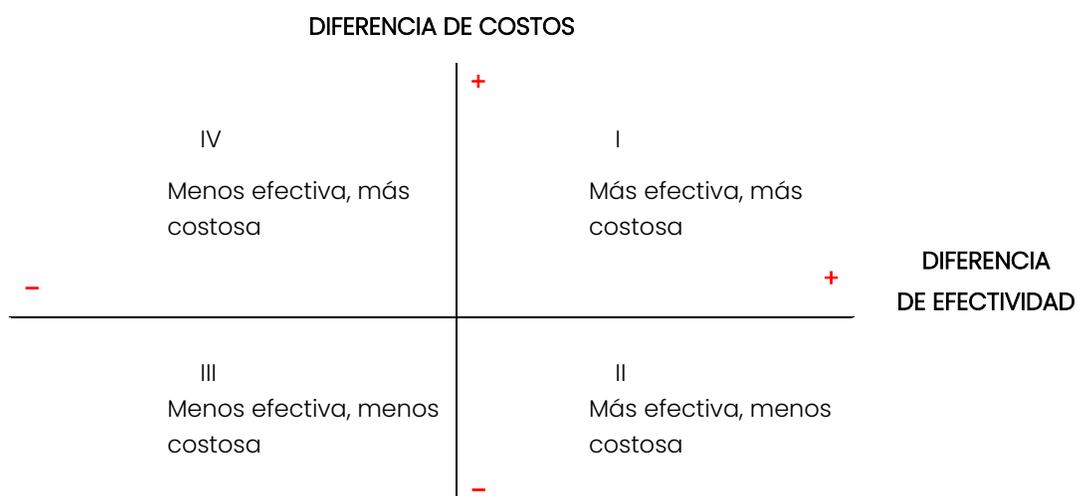
NOMBRE	TERRITORIALIZACIÓN	MEDIO DE COINCIDENCIA	SEMAFORIZACIÓN
			<p><i>PERSPECTIVA DE GÉNERO:</i> 2 puntos <i>ROL DE LA UNIVERSIDAD:</i> 2 puntos <i>REPLICABILIDAD:</i> 1 puntos TOTAL → 16 puntos</p>
Radio Abierta Ambulante	<p>MÉXICO Instituto Nacional de Psiquiatría y Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino</p>	<p>Capacitación, co-creación y difusión radiofónica, con enfoque de salud mental</p>	<p></p> <p><i>GRUPO POBLACIONAL:</i> 2 puntos <i>COMPONENTE RADIOFÓNICO:</i> 10 puntos <i>COMPONENTE PSICOEDUCATIVO:</i> 5 puntos <i>ENFOQUE DE SALUD MENTAL:</i> 1 puntos <i>DINÁMICAS GRUPALES:</i> 0 puntos <i>PERSPECTIVA DE GÉNERO:</i> 0 puntos <i>ROL DE LA UNIVERSIDAD:</i> 2 puntos <i>REPLICABILIDAD:</i> 1 punto TOTAL → 21 puntos</p>
Voces de libertad	<p>ECUADOR Centro de Rehabilitación Social de Cotopaxi</p>	<p>Capacitación, co-creación y difusión radiofónica</p>	<p></p> <p><i>GRUPO POBLACIONAL:</i> 2 puntos <i>COMPONENTE RADIOFÓNICO:</i> 7 puntos <i>COMPONENTE PSICOEDUCATIVO:</i> 0 puntos <i>ENFOQUE DE SALUD MENTAL:</i> 0 puntos <i>DINÁMICAS GRUPALES:</i> 3 puntos <i>PERSPECTIVA DE GÉNERO:</i> 0 puntos <i>ROL DE LA UNIVERSIDAD:</i> 4 puntos <i>REPLICABILIDAD:</i> 1 punto TOTAL → 17 puntos</p>
El zapato roto	<p>ESPAÑA Centro Penitenciario de Huelva</p>	<p>Capacitación, co-creación y difusión radiofónica</p>	<p></p> <p><i>GRUPO POBLACIONAL:</i> 0 puntos <i>COMPONENTE RADIOFÓNICO:</i> 7 puntos <i>COMPONENTE PSICOEDUCATIVO:</i> 0 puntos <i>ENFOQUE DE SALUD MENTAL:</i> 0 puntos</p>

NOMBRE	TERRITORIALIZACIÓN	MEDIO DE COINCIDENCIA	SEMAFORIZACIÓN
			DINÁMICAS GRUPALES: 3 puntos PERSPECTIVA DE GÉNERO: 0 puntos ROL DE LA UNIVERSIDAD: 2 puntos REPLICABILIDAD: 3 puntos TOTAL → 15 puntos

V.3.2. COST-EFFECTIVENESS PLAN

La prueba de concepto (PoC, siglas en inglés) de la presente intervención se demuestra, entre otros indicadores, estableciendo que esta intervención resulta más costo-efectiva que las alternativas internacionales y/o nacionales existentes. Para llegar aquí, tuvieron que desarrollarse los apartados anteriores, los cuales permitieron asegurar que la intervención es, *de facto*, costo-efectiva.

Ahora bien, una de las técnicas más usuales para evidenciar la relación costo-efectividad es mediante la construcción de un plano que compare cada una de las alternativas a través de dicha relación. La representación del plano de costo-efectividad es la siguiente:



El plano de costo–efectividad se construye a través de un plano cartesiano con inicio en coordenadas (0,0), donde se sitúa en el eje X las diferencias en efectividad y en el eje Y las diferencias en costos, este plano permite esbozar cuatro posibles situaciones, correspondiendo cada una de ellas a uno de los cuatro cuadrantes de los ejes de coordenadas.

- *Cuadrante I, la intervención podría resultar más efectiva y más costosa*
- *Cuadrante II, la intervención podría resultar más efectiva y menos costosa*
- *Cuadrante III, la intervención podría resultar menos efectiva y menos costosa.*
- *Cuadrante IV, la intervención podría resultar menos efectiva y más costosa*

La interpretación de los resultados dependerá de cuál de las cuatro situaciones sea la que se presenta.

Las comparaciones ubicadas en los cuadrantes II y IV son ejemplos de posición dominante fuerte, ya que si una intervención es menos efectiva y más costosa que aquel con el que se compara automáticamente debería ser rechazado (es una opción inferior), mientras que debería ser aceptado si es más efectivo y menos costoso (es una opción superior).

Por el contrario, si una intervención resulta más efectiva pero también más costosa y/o bien es menos costosa, y/o bien menos efectiva, ambos casos necesitan de un criterio especializado para obtener una decisión.



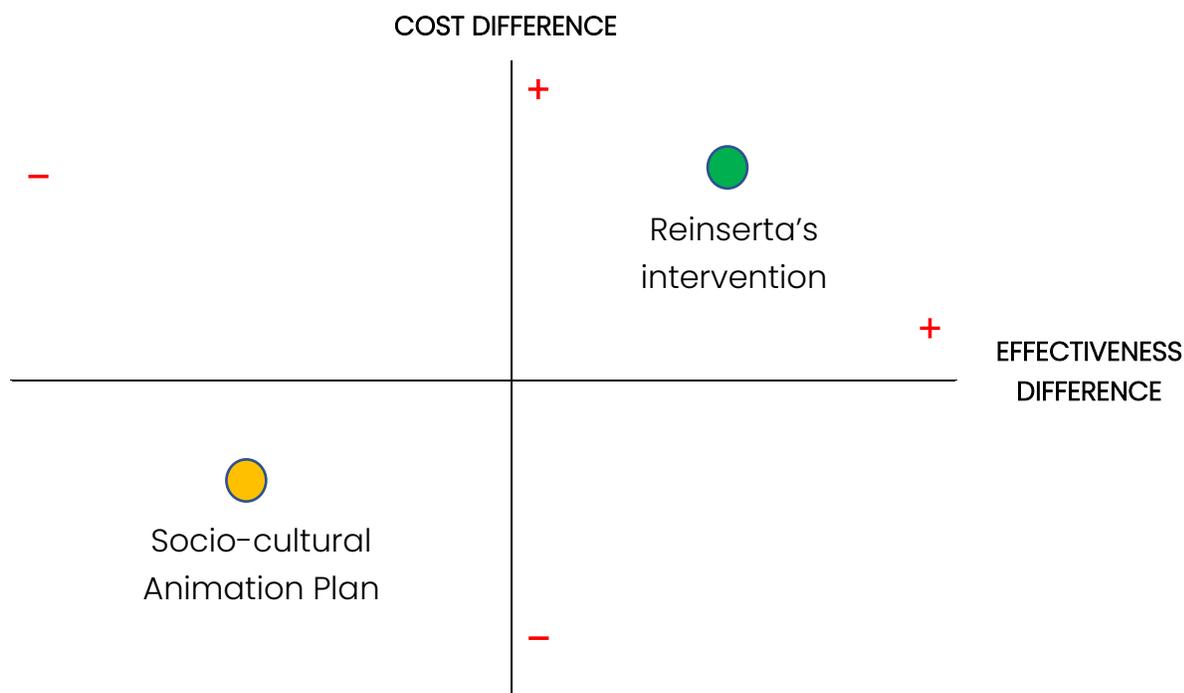
V.3.2.1. COST-EFFECTIVENESS PLAN BY BROADCASTING OF PODCASTS

El primer plano de costo-efectividad se basa en la comparación de la emisión de podcasts entre el Plan de Animación Sociocultural (Radio Libremente) y el "Programa de salud mental y talleres para menores infractores en México" de Reinserta.

De este plano se desprende que el programa Plan de Animación Sociocultural resultó ser menos efectivo y menos costoso. Asimismo, el programa de Reinserta parece ser más efectivo, pese a ser más costoso.

En esta circunstancia, en lugar de utilizar el presupuesto como criterio de decisión, es posible determinar el coste máximo que se está dispuesto a invertir para lograr la eficacia deseada. Tal es el caso de la intervención de Reinserta donde si bien el costo de intervención es alto debido al nivel de especialidad del programa de radio, que implica inversión en equipo y su mantenimiento, esto demuestra que las medidas de efectividad son mayores, ya que se pudieron haber realizado muchos más podcasts.

DIAGRAM X. COST-EFFECTIVENESS PLAN BY BROADCASTING OF POCASTS



V.3.2.2. COST-EFFECTIVENESS PLAN BY COVERAGE OF BENEFICIARIES

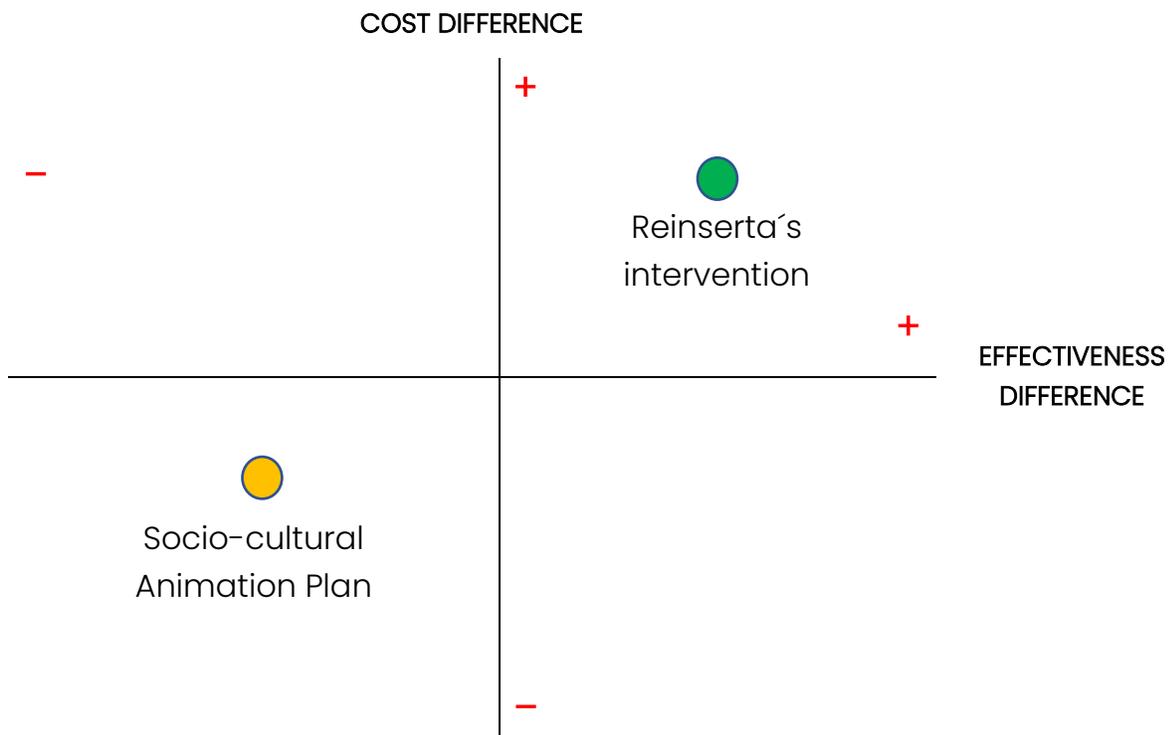
El segundo y tercer plano de costo-efectividad se basa en la comparación de la cobertura de los beneficiarios entre las alternativas de dos organizaciones diferentes y la intervención de Reinserta.

A partir del segundo plano se constató que el programa del Plan de Animación Sociocultural es menos efectivo y menos costoso. Asimismo, la intervención de Reinserta resultó ser más efectiva, aunque más costosa. Como en el caso anterior, en lugar de utilizar el presupuesto como criterio de decisión, es posible determinar el coste máximo que se está dispuesto a invertir para conseguir la efectividad deseada.

Tal es el caso de la intervención de Reinserta, donde a pesar de que el coste de la intervención es elevado debido al nivel de especialidad del

tratamiento recibido a través de los talleres de salud mental, las mejoras en el bienestar, la reducción de los síntomas de ansiedad y depresión, se pudo demostrar que las medidas de efectividad son superiores, incluyendo que Reinserta llega a más adolescentes y jóvenes beneficiarios.

DIAGRAM X. COST-EFFECTIVENESS PLAN BY COVERAGE OF BENEFICIARIES

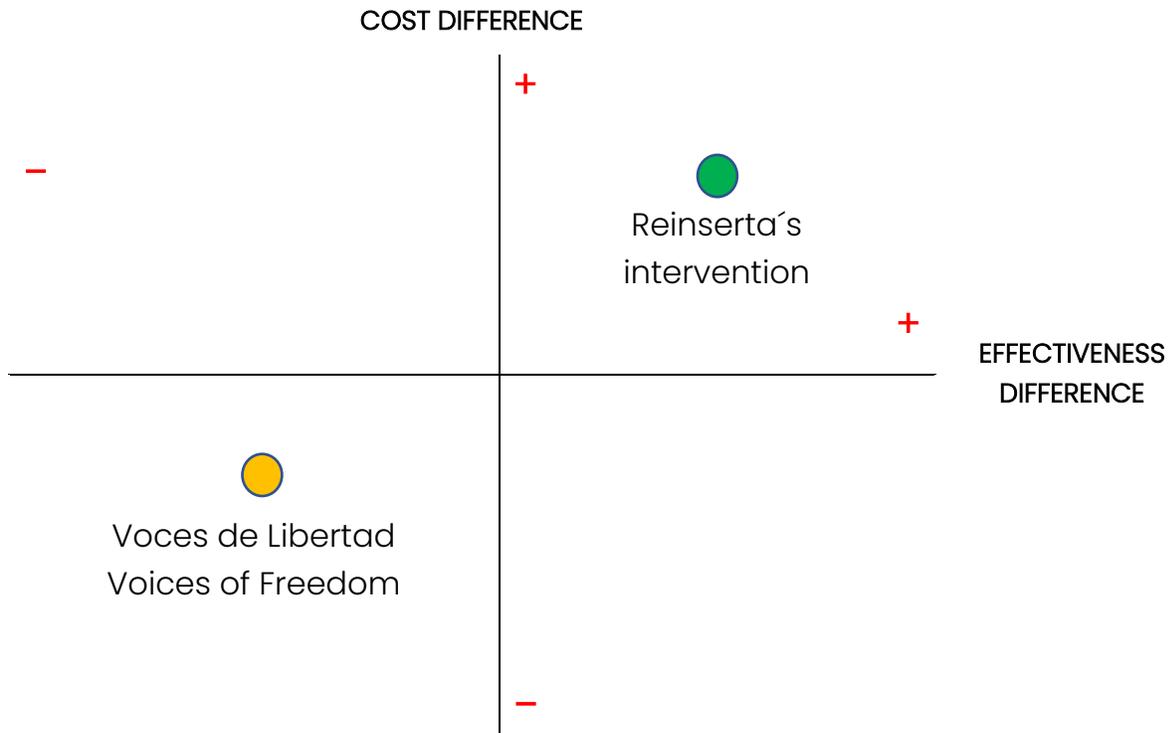


A partir del tercer plano, se constató que el Programa Voces de Libertad resultó ser menos efectivo y menos costoso. Asimismo, la intervención de Reinserta resultó ser más efectiva, aunque más costosa.

En este caso, como se ha explicado en los casos anteriores, en lugar de utilizar el presupuesto como criterio de decisión, se puede valorar el coste máximo que se está dispuesto a invertir para conseguir la

efectividad deseada. Asimismo, la intervención de Reinserta llega a más adolescentes y jóvenes beneficiarios.

DIAGRAM X. COST-EFFECTIVENESS PLAN BY COVERAGE OF BENEFICIARIES



En conclusión, con base en estos planos de costo-efectividad, se pudo observar que la intervención de Reinserta es más costo-efectiva que las alternativas internacionales existentes, particularmente, aunque resulta ser una intervención costosa, presenta mayores niveles de efectividad, tanto en la cantidad de difusión radiofónica que pudo lograr con sus recursos disponibles, como en el ámbito de cobertura de adolescentes y jóvenes que pudo alcanzar para acercarse al logro de sus objetivos de salud mental.

APARTADO VI. INTERVENCIÓN PIONERA

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) define salud mental como un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Por su parte, la OMS (2018) ha planteado también que las problemáticas en salud mental son variadas y con múltiples presentaciones, caracterizadas comúnmente por pensamientos anormales, percepción alterada de la realidad, alteraciones emocionales, del comportamiento y de la relación con otros. Además, se ha estimado que entre la población de mayor riesgo se encuentran las y los adolescentes y jóvenes.

En conjunto, la adolescencia y juventud se muestran como periodos cruciales para la salud mental, ya que en ella se adquieren las habilidades que permiten la autonomía y la independencia en la edad adulta. Comúnmente, las y los adolescentes y jóvenes en conflicto con la ley luchan por regular sus impulsos y comportamientos porque los mecanismos de autorregulación y procesamiento social/emocional continúan desarrollándose. El ingreso a prisión restringe la autonomía e inhibe las oportunidades de experiencias prosociales que ayuden a las y los adolescentes y jóvenes a desarrollar la madurez psicosocial y emocional que requieren (Fields y Abrams, 2010; Lambie y Randell, 2013).

En ese entendido, implementar una intervención basada en salud mental para adolescentes y jóvenes en conflicto con la ley, partiendo de lo psicosocial y la psicoeducación, hace que el trabajo del *"Mental health*



program and workshops for juvenile offenders in Mexico” pueda ser considerada como una intervención pionera.

En primer lugar, Reinserta propuso la implementación de un programa para promover el bienestar emocional y psicológico, reflejado en la reducción de los síntomas más comunes y altamente correlacionados con un estado de salud mental afectada en adolescentes en internamiento, tales como la ansiedad y la depresión, ello a través de talleres de salud mental con enfoque cognitivo-conductual y de la implementación de un programa de radio con contenido psicoeducativo.

Un aspecto clave por rescatar fue el papel de la terapia cognitivo-conductual, que incorporó procedimientos conductuales, como los entrenamientos a través de actividades agradables, habilidades sociales, de relajación o de auto-reforzamiento. De acuerdo con Brent, *et al.*, (1997), la terapia cognitivo-conductual aplicada individualmente en adolescentes y jóvenes es superior a otro tipo de terapias. Por ende, desde el inicio, la intervención de Reinserta trabajó mediante una aproximación terapéutica de este tipo, desde la cual se proporcionó a las y los adolescentes y jóvenes participantes la información específica acerca de problemáticas en salud mental, con la finalidad de mejorar sus conocimientos sobre las mismas y su posible tratamiento.

Ahora bien, en términos de costos, uno de los elementos relevantes de la intervención fue el equipo profesional que conformó Reinserta, donde, si bien se convirtió en una partida que incurrió en los costos más altos dentro del presupuesto, esto se justificó por el nivel de exigencia profesional y la especialidad que debe cumplir el equipo. Así mismo, se procedió con la compra de todos los equipos necesarios para poner en

marcha el programa de radio, siendo esta una herramienta importante para lograr la aproximación terapéutica deseada.

En segundo lugar, la intervención se centró en abordar situaciones cotidianas en la vida de las y los adolescentes y jóvenes, que se vuelven complejas por el desconocimiento que supone esta crisis no-normativa. De esta forma, la misma intervención tuvo por finalidad mejorar la actitud y el comportamiento de cada adolescente y joven para que pudieran asimilar que su situación actual puede cambiar positivamente, puesto al comprender de mejor manera su experiencia, le encontraron sentido de afrontamiento y aumentó su motivación ajustándose a su realidad (Beck, *et al.*, 2014).

En este marco, respecto a la efectividad de la intervención, a través de instrumentos especializados que se aplicaron de manera basal y hasta la fase final, se pudieron obtener hallazgos importantes, como fueron:

- Aproximadamente, 9 de cada 10 adolescentes y jóvenes que tuvieron una exposición total al programa, mejoraron sus niveles de bienestar y salieron de la zona de riesgo.
- Las y los adolescentes y jóvenes identificaron y reconocieron sus sintomatologías tanto en depresión, como en ansiedad, lo que las y los llevó a aceptar que necesitan de ayuda psicológica.
- Gracias a la psicoeducación recibida durante toda la intervención, ningún adolescente y joven se mantuvo al límite de las zonas de riesgo de ansiedad y depresión.
- La cantidad de adolescentes y jóvenes que disminuyeron sus niveles de ansiedad y depresión, inclusive escapando de la zona de riesgo por debajo del umbral clínico representó una probabilidad de 86%; misma que, al finalizar la intervención,

aumentó a 100%, por tanto, puede inferirse una mejora significativa y abandono de la zona de riesgo.

- La intervención no muestra reversibilidad, puesto que, de las y los adolescentes y jóvenes que, luego de completar toda la intervención, se encontraban en un valor medio o más alto dentro de las diferentes escalas hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional, lo que implica que mantuvieron su actitud media o alta hacia la búsqueda de ayuda profesional.

Todos los hallazgos presentados demostraron que el efecto de ambos ejes de la intervención: por un lado, la psicoeducación, mediante la atención grupal que llevó a las y los beneficiarios hacia el reconocimiento de sintomatología de ansiedad y depresión, así como, lo psicosocial, que permitió observar una baja gradual de tales sintomatologías. La combinación de ambos enfoques convirtió a la intervención de Reinserta en un esfuerzo pionero muy importante para el campo y la población adolescente y joven atendida en prisión.

Consiguientemente, frente al análisis conjunto de costo-efectividad, se mostró que la intervención resultó ser más costo-efectiva en términos de la mejora al bienestar general de las y los adolescentes y jóvenes beneficiarios, puesto que la razón de costo-efectividad fue la menor de las cinco medidas establecidas, debido a la presencia de un cambio significativo en esta medida de efectividad al finalizar la intervención. Sin embargo, puesto que la pretensión fue mejorar el bienestar psicológico y emocional de las y los adolescentes y jóvenes, se puede inferir que las cinco medidas establecidas son un complemento importante entre sí, ya que resultaron ser asertivas respecto a los objetivos del programa.



Por añadidura, entre los hallazgos de las alternativas comparables, se demostró que casi todas las alternativas que podrían compararse con la de Reinserta, esto es, que desarrollan contenidos mediante programas de radio, no priorizan el trabajo enfocado en salud mental, además, ninguna alternativa rastreada interviene con el grupo etario con el que trabaja Reinserta. Esto último demuestra la gran deuda que tenemos con las poblaciones más jóvenes frente a la prestación de innovaciones que les acerquen temáticas relevantes, tales como la salud mental.

Así mismo, resulta importante destacar que el componente educativo de la intervención de Reinserta, en comparación con las otras alternativas, se creó tomando en cuenta la falta de capacidad del sistema de justicia para adolescentes para apoyar y proporcionar a las y los adolescentes y jóvenes los servicios e información sobre salud mental adecuados durante el internamiento, así como las estrategias de seguimiento posteriores a ella. Hechos que tampoco se observa en las alternativas que podría competir con la de Reinserta.

Además, las actividades están enmarcadas bajo la perspectiva de género, que toma en cuenta el efecto diferencial que los roles y estereotipos culturales pueden tener sobre la salud mental de las y los adolescentes, así como la violencia de género en el fenómeno de la salud mental, considerando los patrones de desigualdad que se gestan en la sociedad. Lo cual también fue muy difícil llegar a observar en alternativas ofrecidas a población en prisión.

Finalmente, todos los resultados presentados durante toda la intervención han demostrado la efectividad del programa, resaltando que se logró que las y los adolescentes y jóvenes conozcan sus sintomatologías, reconozcan que necesitan apoyo especializado y, de ser

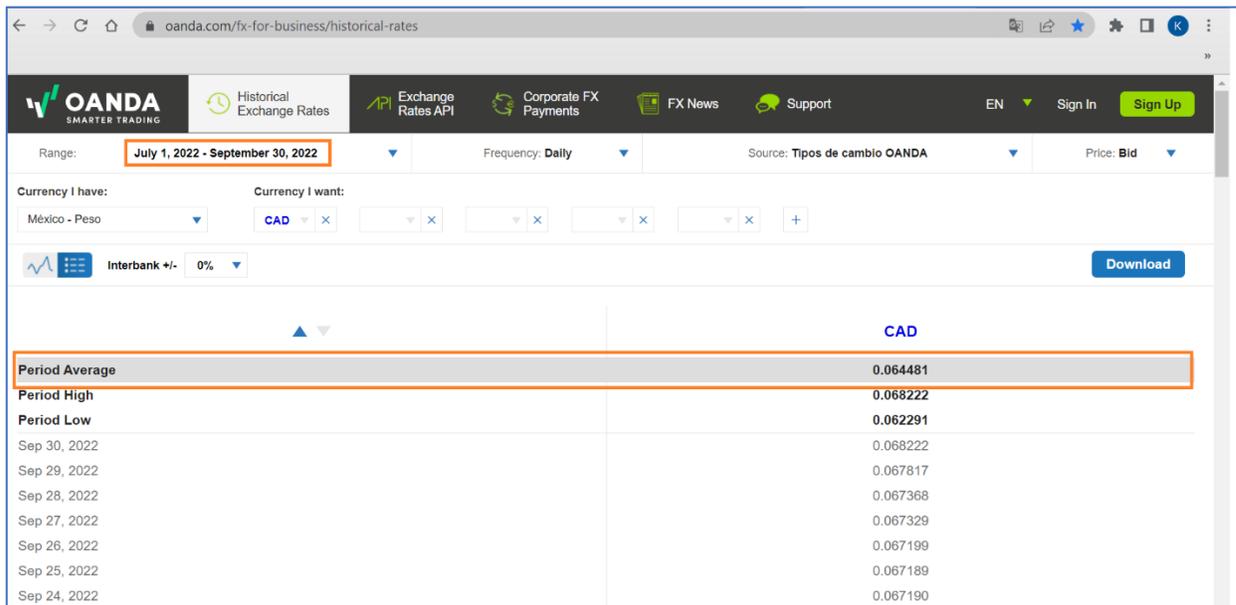


posible, se observe mayor nivel de mejoría al respecto. Se llegó a la conclusión que se debe seguir exponiendo a intervenciones similares a las y los adolescentes y jóvenes, o bien, derivarles a atención específica e individualizada en salud mental.

ANEXO TÉCNICO 1. TIPO DE CAMBIO

Range	CAD
March 31, 2021 – June 30, 2021	0.061313
July 1, 2021 – September 30, 2021	0.062874
October 1, 2021 – December 31, 2021	0.060742
January 1, 2022 – March 31, 2022	0.061733
April 1, 2022 – June 30, 2022	0.063716
July 1, 2022 – September 30, 2022	0.064481
October 1, 2022 – December 31, 2022	0.068960

Fuente: Base de tipo de cambio en función a la página oficial de oanda.com/fx-for-business/historical-rates



	CAD
Period Average	0.064481
Period High	0.068222
Period Low	0.062291
Sep 30, 2022	0.068222
Sep 29, 2022	0.067817
Sep 28, 2022	0.067368
Sep 27, 2022	0.067329
Sep 26, 2022	0.067199
Sep 25, 2022	0.067189
Sep 24, 2022	0.067190

ANEXO TÉCNICO 2. VALIDEZ Y CONFIANZA DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

La primera versión en español del Cuestionario SF-36 fue la adaptada y utilizada en España (Ayuso-Mateos, *et al.*, 1999). Este grupo de investigadores utilizaron análisis factorial (técnica de validación psicométrica) para evaluar el nivel de concordancia entre los factores hipotéticos que componen las medidas y las escalas diseñadas para evaluar dichos factores. Se ~~llevó a cabo un análisis mediante un~~ análisis de factores principales con iteraciones, seguido de una solución de rotación Varimax.

El análisis factorial identificó cinco factores relevantes (véase Tabla #):

- Factor 1, que explica el 25,3% de la varianza, se refiere a distintos aspectos de la función física.
- Factor 2 representa la salud mental y la vitalidad, aproximadamente el 10,7% de la varianza de la escala se debe a este factor.
- Factor 3 representa 8.2% de la varianza, y parece reflejar la percepción general de la salud.
- Factor 4 representa las limitaciones de rol atribuidas a los problemas físicos, y representa el 5,6% de la varianza.
- Factor 5 representa el 4.3% de la varianza y refleja las limitaciones de rol atribuidas a problemas emocionales.

Seis de las ocho escalas de salud propuestas del instrumento mostraron una correspondencia precisa entre los factores y las escalas del SF-36.

TABLA 1. COEFICIENTES FACTORIALES DE LAS PREGUNTAS INDIVIDUALES TRAS LA ROTACIÓN.

Health scale	Item	Abbreviated content	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
Physical functioning	3A	Vigorous activities	0.32	0.29	0.20	-0.01	-0.12
	3B	Moderate activities	0.70	0.14	0.17	0.04	0.08
	3C	Lifting or carrying	0.64	0.14	0.12	0.01	-0.01
	3D	Climbing several flights of stairs	0.65	0.18	0.29	0.13	-0.03
	3E	Climbing one flight of stairs	0.85	0.05	0.07	0.05	0.02
	3F	Bending, kneeling or stooping	0.60	0.17	0.21	-0.01	-0.02
	3G	Walking more than a kilometre	0.78	0.17	0.21	-0.01	-0.02
	3H	Walking several blocks	0.84	0.04	0.01	0.01	0.04
	3I	Walking one block	0.86	-0.01	-0.06	-0.05	0.03
	3J	Bathing or dressing	0.74	0.01	0.05	-0.07	0.06
Mental health	9B	Feeling particularly nervous	0.04	0.06	0.11	-0.00	0.16
	9C	Feel so down in the dumps nothing could cheer you up	0.15	0.51	0.22	0.05	0.34
	9D	Feel calm and peaceful	0.07	0.61	0.09	0.03	0.11
	9F	Feel downhearted and blue	0.13	0.66	0.14	0.05	0.37
	9H	Have been a happy person	0.09	0.65	0.08	0.00	0.21
Energy/vitality	9A	Feel full of life	0.05	0.53	0.03	-0.05	-0.04
	9E	Have a lot of energy	0.07	0.63	0.12	0.04	-0.03
	9G	Feel worn out	0.10	0.56	0.22	0.05	0.15
	9I	Feel tired	0.12	0.62	0.12	0.08	0.07
General health perception	1	Is your health excellent, very good, good, fair or poor?	0.21	0.32	0.56	0.07	0.11
	10A	I seem to get sick more often than other people	0.10	0.03	0.72	-0.04	0.11
	10B	I am as healthy as anyone I know	0.17	0.10	0.78	0.09	0.09
	10C	I expect my health to get worse	0.13	0.22	0.64	-0.00	0.04
	10D	My health is excellent	0.13	0.30	0.75	0.05	0.05
Physical role limitation	4A	Reduced amount of time spent on work or other activities	0.01	-0.01	0.03	0.79	0.02
	4B	Have accomplished less than desired	0.04	0.03	0.00	0.88	0.07
	4C	Limited in one's kind of work or other activities	0.00	0.03	0.02	0.90	0.04
	4D	Difficult performing the work or other activities	0.02	0.01	0.08	0.72	-0.02
Emotional role limitation	5A	Reduced amount of time spent on work or other activities	0.02	0.18	0.12	0.02	0.84
	5B	Have accomplished less than would like	0.02	0.18	0.07	0.02	0.87
	5C	Did not do work or other activities as carefully as usual	0.00	0.18	0.02	0.01	0.75
Social functioning	6	Extent to which health problems interfered with social activities	0.30	0.29	0.27	0.22	
	9J	Frequency with which health interfered social activities	0.41	0.23	0.27	0.23	
Pain	7	Intensity of body pain	0.22	0.28	0.30	0.15	
	8	Extent to which pain interferes with normal activities	0.39	0.22	0.29	0.26	
Eigenvalue			8.86	3.76	2.87	1.96	
Percentage of total variance accounted for			25.3	10.7	8.2	5.6	

Fuente: Ayuso-Mateos, et al. (1999).

La validez de constructo (es decir, la situación que se produce cuando el cuestionario apoya una hipótesis predefinida) se evaluó determinando el grado en que las puntuaciones de las diferentes variables reflejaban la distribución esperada del estado de salud para y entre

determinados grupos. La distribución difería en función del sexo y la edad. En general, los resultados de Ayuso-Mateos, *et al.* (1999) mostraron que las mujeres declararon tener peor salud en todas las dimensiones del SF-36 que los hombres. Las diferencias fueron estadísticamente significativas en las siguientes dimensiones: función física ($P < 0.05$); limitación de roles atribuida a problemas emocionales ($P < 0.05$); salud mental ($P < 0.001$); vitalidad ($P < 0.05$); dolor corporal ($P < 0.001$). Las puntuaciones del SF-36 mostraron una correlación negativa significativa con la edad en las siguientes escalas: vitalidad ($P < 0.05$); percepción de salud general ($P < 0.01$); dolor corporal ($P < 0.01$); y función física ($P < 0.01$).

Además, esta versión probó validación externa, esto es, mostraron una correlación significativa con las escalas existentes que miden constructos similares y que han demostrado previamente su validez. En particular, el bienestar psicológico se evaluó mediante el General Health Questionnaire (GHQ-12)¹⁶, donde las escalas del SF 36 que miden aspectos psicológicos de la salud se correlacionaron significativamente con las puntuaciones del GHQ-12: la mala salud mental medida por el GHQ-12 se correlacionó con puntuaciones más bajas, en todas las dimensiones, del SF-36 ($P < 0.01$).

Por su parte, la adaptación mexicana (Zúñiga, *et al.*, 1999) comprobó la validez del instrumento mediante los siguientes supuestos:

1. Validez convergente: una pregunta debe estar linealmente relacionada en forma sustancial con el concepto subyacente medido.

¹⁶ El General Health Questionnaire (GHQ-12) es un instrumento que tiene por objetivo detectar morbilidad psicológica y posibles casos de trastornos psiquiátricos en contextos como la atención primaria o en población general (Rocha, *et al.*, 2011).

Resultado. – La validez convergente de las preguntas fue, en general, comprobada con una correlación de 0.40 hasta 0.82 con su escala hipotetizada.

2. Validez discriminativa: una pregunta debe correlacionarse en forma sustancialmente alta con su escala hipotetizada, en lugar de que lo haga con escalas que miden otros conceptos.

Resultado. – Sólo en una pregunta se encontró que no existe correlación con el concepto hipotetizado, lo que se consideró como un posible problema de traducción o interpretación por circunstancias culturales.

3. Prueba de homocedasticidad: preguntas que miden el mismo concepto deben tener aproximadamente igualdad de varianza, para evitar estandarización.

Resultado. – La evaluación de la homocedasticidad muestra que 35 de las 36 preguntas en cada escala contribuyen de manera similar a sus respectivas escalas.

CONFIANZA DEL INSTRUMENTO

Para ambas adaptaciones (española y mexicana) se utilizaron las pruebas de confiabilidad y correlación interescalar para determinar si los resultados de las escalas son reproducibles e interpretables, en particular, se demostraron rangos recomendados a través de la prueba de consistencia interna o coeficiente de Cronbach.

En la versión española, para las ocho escalas del SF-36, el estadístico de Cronbach osciló entre 0.70 (valor mínimo recomendado para efectos comparativos) y 0.90. Mientras que los coeficientes de Cronbach de la versión mexicana fluctuaron alrededor del 0.70. El nivel de consistencia interna fue alto en ambas versiones, puesto que la consistencia interna de

todas las escalas superó el criterio de aceptabilidad (valor de 20.5 suele considerarse aceptable). Finalmente, la mayoría de las correlaciones interescales resultaron en rangos altos e intermedios. Las correlaciones más altas se observaron en vitalidad, función social y salud mental (rango 0.54–0.73).

VENTAJAS DEL INSTRUMENTO

- ☑ Reconocimiento internacional. - Inicialmente, se determinaron las normas de comparación sólo para la población de Estados Unidos de América. Posteriormente, el proyecto incluyó 14 países industrializados, en la actualidad, hay más de 40 naciones participantes.
- ☑ Ofrece una redacción entendible.
- ☑ Permite una autoevaluación muy eficaz de la calidad de vida.
- ☑ Se puede levantar en todos los grupos de edad, enfermedad y tratamiento.
- ☑ Existe una versión autorizada del Cuestionario SF-36 para su uso en México. La cual ha sido replicada en diversos estudios.

Cuestionario SF-36	ORIGINAL (EE. UU.)	ADAPTACIONES (México)
<i>Nombre</i>	36-item short form health survey	Cuestionario de Salud SF-36
<i>Autor(es) y Año(s)</i>	Ware, J., & Sherbourne, C. (1993)	Zúñiga, <i>et al.</i> , (1999); Durán-Arenas, <i>et al.</i> (2004); López, <i>et al.</i> , (2014); Mendoza, <i>et al.</i> , (2016); Sánchez, <i>et al.</i> (2017)
<i>Correspondencia</i>	The Medical Outcomes Trust (MOT)	International Society of Technology Assessment in Health Care

Cuestionario SF-36	ORIGINAL (EE. UU.)	ADAPTACIONES (México)
<i>Liga(s) de referencia</i>	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1593914/	Zúñiga, <i>et al.</i> (1999): https://bit.ly/3GpgrOE Durán-Arenas, <i>et al.</i> (2004): https://bit.ly/3rw2VV8 López, <i>et al.</i> (2014): https://bit.ly/3GvpTzW Mendoza, <i>et al.</i> (2016): https://bit.ly/3J7bICZ Sánchez, <i>et al.</i> (2017): https://bit.ly/3GB0Yed
<i>Tipo de instrumento</i>	Cuestionario estructurado	Cuestionario estructurado
<i>Administración</i>	Autoaplicada	Aplicación dirigida (depende de la adaptación realizada)
<i>Duración</i>	10 minutos	Hasta 15 minutos (depende de la adaptación realizada)
<i>Población</i>	Se puede levantar en todos los grupos de edad, enfermedad y tratamiento	Se puede levantar en todos los grupos de edad, enfermedad y tratamiento

Fuente: Zúñiga, *et al.* (1999); Durán-Arenas, *et al.* (2004); López, *et al.* (2014); FEDR (2015); Mendoza, *et al.* (2016); Sánchez, *et al.* (2017); QualityMetric (2022).

REFERENCIAS

- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2). Bogotá: Fundación Universitaria Konrad Lorenz.
- Aponte, J., Eslava, J., Díaz, J., & Gaitán, H. (2011). Interpretación de estudios de costo-efectividad en ginecología. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 62(2).
- Ávila, L., Gutiérrez, C., Hernández, P., Santos, C., & Silva, L. (1996). El costo social de la bronquitis crónica en la Ciudad de México: una experiencia piloto. *Salud Pública de México*, 38(2). México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Ayuso-Mateos, J., Lasa, I., Vázquez-Barquero, J., Oviedo, A., & Díez-Manrique, J. (1999). *Measuring health status in psychiatric community surveys: internal and external validity of the Spanish version of the SF-36*. Spain: Clinical and Social Psychiatry Research Unit.
- Azaola, E. (2015). *Diagnóstico de las y los adolescentes que cometen delitos graves en México*. México: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- Blanco, A., & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4).
- Blaxter, L., Hughes, C., & Tight, M. (2000). *Cómo se hace una investigación*. Barcelona: Gedisa.
- Cabo, J., Cabo, V., Belmont, M., Herreros, J., & Trainini, J. (2018). Medicina basada en la eficiencia (costo-efectividad y costo-utilidad) como refuerzo de la Medicina basada en la evidencia. *Revista Argentina de Cardiología*.
- CNDH. (2019). *Informe especial de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre los Centros de tratamiento interno para adolescentes que infringen la Ley Penal de la República Mexicana*. México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Cohen, E., & Franco, R. (1990). *Evaluación de proyectos sociales: la utilización del análisis costo-efectividad*. Banco Mundial: Instituto de Desarrollo Económico.
- Cusmano, L., Morua, S., Logran, M., Pereyra, A., & Palmero, D. (2009). Estudio sobre los costos intangibles y la participación del componente familiar en el costo social de la tuberculosis. *Revista Argentina de Salud Pública*.

- Documenta, A.C. (2019). *Adolescentes en conflicto con la ley en México*. Obtenido de Observatorio de prisiones.
- Dowding, W. (2008). *A defence of revealed preference análisis*. London School of Economics.
- Durán, M. (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Durán-Arenas, L., Gallegos-Carrillo, K., Salinas-Escudero, G., & Martínez-Salgado, H. (2004). *Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- García, C., & González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6).
- Gobierno del Estado de México. (2021). *Cuarto Informe de Resultados del Gobierno del Estado de México*.
- González, R., Martínez, E., & Esquivel, A. (2012). Contraste de las preferencias declaradas con preferencias reveladas: el caso de los alumnos de la universidad de la laguna ante la implantación del tranvía. *Metodología de encuestas*, 14.
- Guerrero, A. (2017). *Adolescentes en conflicto con la ley*. México: Agencia informativa del CONACyT.
- FEDR. (2015). *Ficha del instrumento "Cuestionario de Salud SF-36"*. Fondo Europeo de Desarrollo Regional: base de instrumentos y metodologías en salud mental.
- Fernández, C. (2018). ¿Hacia la «desfamiliarización» del cuidado predilecto? Un análisis del contexto español (1997-2009). *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 164.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación. 6ta Edición*. México: McGraw-Hill Education.
- Hodgson, T., & Meiners, M. (1982). *Cost of illness methodology. A guide to current practices and procedures*. Milbank Memorial Fund Quarterly.
- Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". (s.f.). *Guía clínica para el diagnóstico y manejo de los trastornos de ansiedad*. Secretaría de Salud Pública.
- INEE. (2022). *Physical Wellbeing*. ONU: Inter-agency Network for Education in Emergencies (INEE).

- INEGI. (2017). Encuesta Nacional de Adolescentes en el Sistema de Justicia Penal (ENASJUP). México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- INEGI. (2017). *Módulo de Salud Mental*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- INEGI. (2020). *Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- INEGI. (2020). *Estadísticas de mortalidad*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- INEGI. (2020). *Tasa de prevalencia delictiva por cada cien mil habitantes*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- INEGI. (2021). *Censo Nacional de Sistemas Penitenciarios Estatales*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- INEGI. (2021). *Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- Iragorri, N., & Triana, P. (2015). Metodología del análisis de costo-efectividad (ACE) en la práctica clínica. *Investigaciones en Seguridad Social y Salud*, 17(1).
- Jiménez, R. (2003). *La cifra negra de la delincuencia en México: Sistema de Encuestas sobre Victimización*. Universidad Nacional Autónoma de México: Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Johannsson, M., Meltzer, D., & O'Connor, R. (1997). 'Incorporating Future Costs in Cost-Effectiveness Analysis: Implications for the Cost-Effectiveness of Hypertension Medical of the Treatment. *Med Decis Making*, 17.
- Jordi, A., & Prieto, L. (1995). *La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos*.
- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology*, 61.
- Koopmanschap, M. (1999). *Controversial costs in guidelines*. Pompeu Fabra University.
- Lara, M., Robles, R., Orozco, R., Real, T., Chisholm, D., & Medina, M. (2010). *Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- León, R., Santana, S., Collazo, M., & Barreto, J. (2005). Costo-efectividad de intervenciones alimentario-nutrientales vs. tratamiento farmacológico en pacientes colorrectales. *Revista Cubana de Farmacia*, 39(2).

- Linton, L. (2018). *El adolescente en conflicto con la ley penal: ¿cuáles son sus características y conflictos sociales?* México: Colegio Libre de Estudios Universitarios (CLEU).
- López, G., Miranda, M., Segura, N., del Rivero, L., Cambray, C., & Chávez, A. (2014). Estudio de la calidad de vida en pacientes adultos con inmunodeficiencia común variable usando el Cuestionario SF-36. *Revista Alergia México*, 61.
- López, I. (2016). El método del estudio de caso en la investigación social. En Güereca, R. (coord.). *Guía para la investigación cualitativa: etnografía, estudio de caso e historia de vida*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Marín-Ramírez, A. (2015). Detección de sintomatología de ansiedad social y factores asociados en adolescentes de Motul, Yucatán, México. *Revista Biomédica*, 26(1).
- Mendoza, F., Ramírez, L., Reyes, A., González, A., Hernández, J., & Fuentes, C. (2016). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con trasplante hepático. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(2).
- Ministerio de Salud de Chile. (2010). *Estudio costo-efectividad de intervenciones en salud*.
- OMS. (2006). *Promoción de la salud: una antología*. Washington: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2013). *Investing in Mental Health*. Organización Mundial de la Salud.
- Palomba, R. (2002). *Calidad de vida: conceptos y medidas*. Institute of Population Research and Social Policies.
- Pato, A., Cebrián, E., Cimas, I., Lorenzo, J., Rodríguez, I., & Gude, F. (2011). Análisis de costes directos, indirectos e intangibles de la epilepsia. *Neurología*, 26(1).
- Polentinos, E. (2015). *La disposición a pagar por un año de vida ajustado por calidad: umbral de aceptabilidad mediante el método de la Valoración Contingente*. Tesis Doctoral: Departamento de Medicina y Cirugía, Psicología, Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos.
- Prieto, L., Sacristán, J., Antoñanzas, F., Rubio, C., Pinto, J., & Rovirae, J. (2004). *Análisis coste-efectividad en la evaluación económica de intervenciones sanitarias*. Serie "Evaluación económica para clínicos".

- Puig-Junoy, J., Pinto-Prades, J., & Ortún-Rubio, V. (2001). *El análisis coste-beneficio en sanidad*. Universidad Pompeu Fabra: Centro de Investigación en Economía y Salud.
- QualityMetric. (2022). *SF-36 Health Survey is designed to measure functional health and well-being from the patient's point of view*.
- Riera, P. (1994). *Manual de valoración contingente y otras técnicas*. Barcelona: Instituto de Estudios Fiscales.
- Ripari, N., Moscoso, N., & Elorza, M. (2012). *Costos de enfermedades: una revisión crítica de las metodologías de estimación*. Buenos Aires: Universidad Nacional del Sur.
- Ripari, N. (2013). *Costos de enfermedades: avances teóricos y metodológicos para su estimación*. Tesis de grado: Doctorado en Economía, Universidad Nacional del Sur.
- Rocha, K., Pérez, K., Rodríguez, M., Borrell, C., & Obiols, J. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 11(1)*.
- Salas, C., & Garzón, M. (2013). La noción de calidad de vida y su medición. *Revista CES Salud Pública, 4(1)*.
- Sánchez, B. (2009). Problemática de conceptos de costos y clasificación de costos. *Revista de la Facultad de Ciencias Contables, 16(32)*.
- Sánchez, R., García, M., & Martínez, V. (2017). Encuesta de Salud SF-36: validación en tres contextos culturales de México. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación, 45(3)*.
- Secretaría de Salud. (2020). *Diagnóstico operativo de salud mental y adicciones*. México: Consejo Nacional de Salud Mental y Adicciones.
- Secretaría de Salud del Estado de México. (2021). *Depresión y COVID-19*. Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades: Visión CEVECE.
- Senado de la República. (2017). *14.3% de la población mexicana padece trastornos de ansiedad*. Boletín Número 579.
- SESNSP. (2021). *Incidencia delictiva*. México: Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública.



- SESNP. (2021). *Información sobre violencia contra las mujeres (incidencia delictiva y llamadas de emergencia 911)*. México: Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública.
- Trujillo, W., Román, J., Lombard, A., Remior, E., Arredondo, O., Martínez, E., Jova, Y., Revueltas, M., & Valdivieso, J. (2014). Adaptación del cuestionario SF-36 para medir calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores cubanos. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 15(1).
- UNICEF. (2019). *Más del 20% de los adolescentes de todo el mundo sufren trastornos mentales*. UNICEF México: Comunicado de prensa.
- Verdugo, J., Meda, R., Guzmán, J., Moy, N., & Monroy, C. (2007). Validez y confiabilidad de una escala para evaluar la calidad de vida en adultos. *Psicología y Salud*, 17(1).
- Zúñiga, M., Carrillo, G., Fos, P., Gandek, B., & Medina, M. (1999). *Establecimiento de Normas Poblacionales del Estado de Salud en México: uso de la Encuesta de Salud SF-36*. California: International Society of Technology Assessment in Health Care.