



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA Y SALUD

**“EFECTOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA EL
ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN NIÑOS
INSTITUCIONALIZADOS”**

T E S I S
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
DOCTORA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

CLAUDIA MARGARITA GONZÁLEZ FRAGOSO

COMITÉ

Tutor Principal: Dra. Amada Ampudia Rueda, Facultad de Psicología, UNAM

Tutor Adjunto: Dr. Samuel Jurado Cárdenas, Facultad de Psicología, UNAM

Tutor Externo: Dra. Carmen Yolanda Guevara Benítez, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

Jurado A: Dr. Ariel Vite Sierra, Facultad de Psicología, UNAM

Jurado B: Dra. Laura Hernández Guzmán, Facultad de Psicología, UNAM

MÉXICO, D.F. JUNIO 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Al Altísimo, a **Jehová Dios**... la luz de mi vida.

A **Jorge**, mi padre por tu amor y apoyo incondicional, por estar siempre a mi lado. Te amo.

A **Margarita**, mi mamá por tu gran amor. Te amo.

A mis hermanos **Jorge** y **Carlos**, y a mi sobrinos **Renata** y **Mateo**, porque son esenciales, y siempre están en mi corazón.

A **Erikita**, porque hemos crecido juntas, porque me has acompañado, por todo tu amor, porque mi vida hubiera sido otra si no estuvieras aquí hermanita. Te amo.

A la **Dra. Amada Ampudia**, por tu amistad, apoyo y guía incondicional en este proceso, por tu calidez. Por ser una excelente maestra y mejor ser humano.

A la **Dra. Yolanda Guevara**, por su amorosa guía en la construcción del conocimiento, por haber estado siempre para mí. Por su sabiduría, gran calidad humana y apoyo invaluable. Gracias.

Al **Dr. Ariel Vite**, porque eres un gran maestro, amigo y excelente ser humano. Gracias por el apoyo y la confianza brindada a lo largo de estos años.

Al **Dr. Samuel Jurado**, por compartir tus conocimientos, por la escucha y por tu invaluable aportación a este trabajo.

A la **Dra. Laura Hernández**, por sus valiosas observaciones y comentarios. Sin duda sus aportaciones fueron de invaluable utilidad.

A **Itzel** mi manis, por estar siempre a mi lado, por las risas, los viajes, las confidencias, por tu incondicionalidad.
Te amo

A **Danú**, porque te quiero con tus locuras y por tus virtudes, porque la amistad que hemos construido es cierta.

A mis amigas de la facultad, **Lau, Arlette, Vania y Gaby**, que han estado siempre presentes.

A **Rodrigo**, mi gran amigo. Porque siempre estás, con una sonrisa, un consejo o un abrazo.

A **Israel**, porque sin duda tus sabios consejos, acompañamiento, apoyo incondicional y gran calidad humana, han contribuido a mi crecimiento.

A **Elvia**, por tu apoyo y cariño.

A todos mis **compañeros y amigos** del doctorado, por el honor de haber compartido este proceso a su lado. Por la amistad, consejos, conocimientos, momentos y apoyo. Los quiero.

A todos los **shalomitas**, mis amorosos amigos, por estar y existir. Los quiero.

Por supuesto a las **autoridades de las casas hogar**, que apoyaron esta investigación. A **Nancy**, por su profesionalismo y apoyo invaluable. Y sobre todo a los **niños y niñas** que aceptaron participar, porque gracias a ustedes fue posible realizar este trabajo.

A la **Universidad Nacional Autónoma de México, al Programa de Maestría y Doctorado en Psicología y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología**, por haberme dado esta invaluable formación profesional.

A **todos** mis familiares y amistades que han estado presentes en mi vida.

ÍNDICE

◆ Resumen/ Abstract	I
◆ Capítulo 1. Instituciones de asistencia social	1
Instituciones de asistencia social infantil	
Causas de institucionalización	
Estudios realizados en instituciones para niños abandonados	
Desarrollo físico	
Desarrollo cognoscitivo	
Desarrollo afectivo	
Desarrollo social	
Problemas emocionales	
Estudios realizados en instituciones nacionales para niños abandonados	
◆ Capítulo2. Habilidades sociales	28
Antecedentes históricos	
Definición de competencia social	
Definición de habilidades sociales/asertividad	
Categorización de habilidades sociales/asertividad	
Componentes de las habilidades sociales	
Teoría del Aprendizaje social. Fundamentos conceptuales del entrenamiento en habilidades sociales	
Relaciones entre el nivel de ajuste psicológico y las habilidades sociales en niños y adolescentes	
◆ Capítulo3. Programas de intervención dirigidos al entrenamiento de las habilidades sociales	56
Estudios basados en el entrenamiento de las habilidades sociales	
Programas de intervención basados en el entrenamiento de las habilidades sociales	
Técnicas y componentes considerados para la intervención	

Aspectos a considerar en la intervención con niños
institucionalizados

◆ Método	97
Objetivos	
Procedimiento	
◆ Fase 1	
Evaluación y descripción de las habilidades sociales y las características psicológicas de ansiedad, autoestima y depresión, en un grupo de niños institucionalizados	100
Planteamiento del problema	
Objetivos	
Método	
Instrumentos	
Resultados	
◆ Fase 2	
Conformación de los contenidos del programa de entrenamiento en habilidades sociales. Validación por juicio de expertos	130
Planteamiento del problema	
Objetivos	
Procedimiento	
Resultados	
◆ Fase 3	
Diseño y ajuste de los contenidos de un programa de intervención para el desarrollo de habilidades sociales en niños institucionalizados	137
Planteamiento del problema	
Objetivos	
Método	
Procedimiento	
Resultados	

Programa de Intervención para el Desarrollo de Habilidades
Sociales en Niños Institucionalizados

◆ **Estudio I**

**Efectos del Programa de Intervención para el Entrenamiento de
Habilidades Sociales en Niños Institucionalizados.....160**

Objetivos

Preguntas de investigación

Hipótesis

Variables

Diseño de Investigación

Participantes

Criterios de inclusión

Escenario

Instrumentos

Procedimiento

Análisis de datos

Resultados

◆ **Discusión y conclusiones.....208**

◆ **Referencias bibliográficas.....220**

◆ **Anexos.....235**

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Porcentaje de menores maltratados atendidos por el DIF, según tipo de maltrato, 1995-2007.....	11
Tabla 2. Principales características de intervenciones con menores, basadas en el entrenamiento de las habilidades sociales.....	77
Tabla 3. Lista de áreas de habilidades sociales del Programa de habilidades de interacción social (PEHIS), (Monjas, 1999).....	83
Tabla 4. Muestra los aspectos que mide cada una de las subescalas de la Escala de depresión para Niños (CDS).....	107
Tabla 5. Análisis de reactivos del Factor 1. Expresión de sentimientos positivos y negativos. Instrumento de habilidades sociales (CABS).....	112
Tabla 6. Análisis de reactivos del Factor 2. Enojo y culpa. Instrumento de habilidades sociales (CABS).....	114
Tabla 7. Medias estadísticas de la Escala de habilidades sociales. Instrumento de habilidades sociales (CABS).....	115
Tabla 8. Análisis de reactivos de la subescala Ansiedad fisiológica. Instrumento de ansiedad CMAS-R.....	116
Tabla 9. Análisis de reactivos de la subescala Inquietud/hipersensibilidad. Instrumento de ansiedad CMAS-R.....	117
Tabla 10. Análisis de reactivos de la subescala Preocupaciones sociales/Concentración. Instrumento de ansiedad CMAS-R.....	117
Tabla 11. Medias estadísticas de las subescalas y escala de Ansiedad total. Instrumento de ansiedad CMAS-R.....	118
Tabla 12. Análisis de reactivos de la subescala Self. Instrumento de Autoestima Coopersmith.....	119
Tabla 13. Análisis de reactivos de la subescala Escuela. Instrumento de Autoestima Coopersmith.....	120
Tabla 14. Análisis de reactivos de la subescala Ambiente social. Instrumento de Autoestima Coopersmith.....	121
Tabla 15. Medias estadísticas de las subescalas y escala total de Autoestima. Instrumento de Autoestima Coopersmith.....	122
Tabla 16. Análisis de reactivos de la subescala Respuesta afectiva. Escala de Depresión para niños, CDS.....	123
Tabla 17. Análisis de reactivos de la subescala Preocupaciones sociales. Escala de Depresión para niños, CDS.....	124
Tabla 18. Análisis de reactivos de la subescala Autoestima. . Escala de Depresión para niños, CDS.....	124
Tabla 19. Análisis de reactivos de la subescala Preocupaciones por la muerte/Salud. Escala de Depresión para niños,CDS.....	125

Tabla 20. Análisis de reactivos de la subescala Sentimientos de culpa. Escala de Depresión para niños, CDS.....	126
Tabla 21. Análisis de reactivos de la subescala Ánimo-alegría. Escala de Depresión para niños, CDS.....	127
Tabla 22. Análisis de reactivos de la subescala Positivo varios. Escala de Depresión para niños, CDS.....	128
Tabla 23. Medias estadísticas de las escalas y subescalas de Depresión. Escala de depresión para niños, CDS.....	129
Tabla 24. Muestra los porcentajes de acuerdo entre jueces de las conductas del programa de entrenamiento en habilidades sociales.....	134
Tabla 25. Contenidos y componentes de las sesiones del programa de intervención para el desarrollo de habilidades sociales.....	141
Tabla 26. Ajuste de los contenidos del programa para el desarrollo de habilidades sociales.....	145
Tabla 27. Modelo del diseño de investigación.....	163
Tabla 28. Número de menores que participaron en la intervención en los diferentes periodos de evaluación.....	165
Tabla 29. Número de grupos y de menores que integran el Grupo Experimental y el Grupo Experimental Demorado	167
Tabla 30. Comparación de medias estadísticas en el pretest de la escala de habilidades sociales. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.....	171
Tabla 31. Comparación de medias estadísticas en el postest en la escala de habilidades sociales. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.....	172
Tabla 32. Comparación de medias estadísticas en el primer seguimiento en la escala de habilidades sociales. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.....	173
Tabla 33. Comparación de medias estadísticas en el segundo seguimiento en la escala de habilidades sociales. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.....	175
Tabla 34. Muestra el número de niños de cada grupo que disminuyeron su puntaje (acercándose al estilo asertivo), así como la cantidad de puntos disminuidos del pretest al segundo seguimiento en la escala global de habilidades sociales.....	176
Tabla 35. Comparación de medias estadísticas en el tercer seguimiento en la escala de habilidades sociales. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.....	177
Tabla 36. Muestra el número de niños de cada grupo que disminuyeron su puntaje (acercándose al estilo asertivo), así como la cantidad de puntos disminuidos del pretest al tercer seguimiento en la escala global de habilidades sociales.....	178

Tabla 37. Análisis de medidas repetidas de Friedman. Habilidades sociales. Grupo Experimental (pre-seg 3).....	180
Tabla 38. Análisis de medidas repetidas de Friedman. Habilidades sociales. Grupo Experimental Demorado (pre-seg 3).....	181
Tabla 39. Comparación de medias estadísticas en el pretest de la escala de Ansiedad. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.....	183
Tabla 40. Comparación de medias estadísticas en el posttest en la escala de Ansiedad total. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.....	184
Tabla 41. Comparación de medias estadísticas en el primer seguimiento en la escala de Ansiedad total. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.....	185
Tabla 42. Comparación de medias estadísticas en el segundo seguimiento en la escala de Ansiedad total. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.....	186
Tabla 43. Comparación de medias estadísticas en el tercer seguimiento en la escala de Ansiedad total. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.....	187
Tabla 44. Análisis de medidas repetidas de Friedman. Ansiedad Grupo Experimental (pre-seg.3).....	188
Tabla 45. Análisis de medidas repetidas de Friedman. Ansiedad Grupo Experimental Demorado (pre-seg. 3).....	189
Tabla 46. Comparación de medias estadísticas en el pretest de la escala de Autoestima. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.....	191
Tabla 47. Comparación de medias estadísticas en el posttest de la escala de Autoestima. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.....	192
Tabla 48. Comparación de medias estadísticas en el primer seguimiento de la escala de Autoestima. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.....	193
Tabla 49. Comparación de medias estadísticas en el segundo seguimiento de la escala de Autoestima. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.....	194
Tabla 50. Comparación de medias estadísticas en el tercer seguimiento de la escala de Autoestima. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.....	195
Tabla 51. Análisis de medidas repetidas de Friedman. Autoestima Grupo Experimental (pre-seg3).....	196

Tabla 52. Análisis de medidas repetidas de Friedman. Autoestima Grupo Experimental Demorado (pre-seg 3).....	196
Tabla 53. Comparación de medias estadísticas en el pretest de la Escala de Depresión para niños. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.....	199
Tabla 54. Comparación de medias estadísticas en el posttest en la Escala de Depresión para niños. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.....	200
Tabla 55. Comparación de medias estadísticas en el primer seguimiento en la Escala de Depresión para niños. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.....	202
Tabla 56. Comparación de medias estadísticas en el segundo seguimiento de la Escala de Depresión para niños. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.....	203
Tabla 57. Comparación de medias estadísticas en el tercer seguimiento de la Escala de Depresión para niños. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.....	204
Tabla 58. Análisis de medidas repetidas de Friedman. Escala de Depresión para niños. Grupo Experimental (pre-seg. 3).....	206
Tabla 59. Análisis de medidas repetidas de Friedman. Escala de Depresión para niños. Grupo Experimental Demorado (pre-seg. 3).....	206
Tabla 60. Indica número y porcentaje de participantes con cambios clínicamente significativos en la escala general de Habilidades sociales y las escalas generales de Total depresivo y Total Positivo (pre-seg-3).....	207

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Ejercicio de práctica para identificar manifestaciones fisiológicas de la ansiedad.....	148
Figura 2. Ejercicio de práctica para identificar las expresiones faciales que acompañan distintas emociones.....	150
Figura 3. Ejercicios de identificación de habilidades sociales básicas.....	152
Figura 4. Ejercicios de práctica para identificar pensamientos.....	153
Figura 5. Viñetas de práctica para trabajar el modelo ABC.....	154
Figura 6. Ejercicios de práctica para trabajar el modelo ABC.....	156
Figura 7. Viñeta para ejemplificar los componentes al iniciar una conversación.....	157
Figura 8. Muestra los puntajes promedio de los grupos Experimental y Experimental Demorado en la escala global del instrumento de habilidades sociales (CABS) obtenidos por los niños en los cinco periodos de evaluación: pre, post, seg1, seg2 y seg3. Los puntajes se observan en una escala donde el mínimo puntaje es 27 y el máximo 135. En la figura se señala hasta el 75	

ya que fue 74 la media máxima que alcanzó un grupo. En el lado izquierdo se señala la categoría a la que corresponde el puntaje promedio (asertivo 0-42, pasivo 43-50, y agresivo 51-135 puntos). La escala es de tipo inverso, a menor puntaje mayor habilidad social, a mayor puntaje menor habilidad social.....170

Figura 9. Muestra los puntajes promedio de la Escala de ansiedad CMAS-R obtenidos por los niños del Grupo Experimental y Experimental Demorado en los cinco periodos de evaluación: pre, post, seg1, seg2 y seg3. Los puntajes se observan en una escala donde el máximo puntaje es 28. La escala tiene un puntaje directo, a menor puntuación menor ansiedad, y a mayor puntuación mayor ansiedad. Se considera que debajo de 13 puntos se tiene un nivel promedio de ansiedad y arriba de ese puntaje nivel alto de ansiedad182

Figura 10.- Muestra los puntajes promedio del Inventario de Autoestima Coopersmith obtenidos por los niños de los grupos Experimental y Experimental Demorado en los cinco periodos de evaluación: pre, post, seg1, seg2 y seg3. Los puntajes se observan en una escala donde el máximo puntaje es 92. La escala tiene un puntaje directo, a menor puntuación menor autoestima, y a mayor puntuación mayor autoestima (0-57: inferior a lo normal, 58-81: normal y 82-92: superior a lo normal).....190

Figura 11. Muestra el puntaje promedio de la escala Total Depresivo (CDS) obtenido por los niños del Grupo Experimental y Experimental Demorado, en los cinco periodos de evaluación: pre, post, seg1, seg2 y seg3. Los puntajes se observan en una escala de 10 puntos. En los decatipos centrales 4, 5, 6 y 7 se considera el grupo promedio; el 2-3 y 8-9 indican desviación de la media, y los decatipos 1 y 10 son valores extremos. Los puntajes fuera de los decatipos centrales se consideran clínicamente relevantes (*depresión clínica*).....197

Figura 12. Muestra el puntaje promedio de la escala Total Positivo (CDS) obtenido por los niños del Grupo Experimental y Experimental Demorado, en los cinco periodos de evaluación: pre, post, seg1, seg2 y seg3. Los puntajes se observan en una escala de 10 puntos. En los decatipos centrales 4, 5, 6 y 7 se considera el grupo promedio; el 2-3 y 8-9 indican una gran desviación de la media, y los decatipos 1 y 10 son valores extremos. Los puntajes fuera de los decatipos centrales se consideran clínicamente relevantes (*depresión clínica*)198

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Datos individuales de los participantes del Grupo Experimental en la prueba de habilidades sociales (pre-seg.3).....	236
Anexo 2. Datos individuales de los participantes del Grupo Experimental Demorado en la prueba de habilidades sociales (pre-seg.3).....	237
Anexo 3. Datos individuales de los participantes del Grupo Experimental en la prueba de ansiedad (pre-seg.3).....	239
Anexo 4. Datos individuales de los participantes del Grupo Experimental en la prueba de ansiedad (pre-seg.3).....	240

Anexo 5. Datos individuales de los participantes del Grupo Experimental en la prueba de autoestima (pre-seg.3).....	242
Anexo 6. Cuestionario de Habilidades Sociales (CABS).....	244
Anexo 7. Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R).....	250
Anexo 8. Cuestionario de Depresión para Niños (CDS).....	252
Anexo 9. Inventario de Autoestima Infantil Coopersmith	256

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue evaluar la efectividad de un Programa de intervención para el entrenamiento de las habilidades sociales, y su efecto en las variables psicológicas de ansiedad, autoestima y depresión, en niños institucionalizados. Se evaluó el mantenimiento de sus efectos a lo largo de tres seguimientos. El entrenamiento estuvo basado en los principios de la teoría del aprendizaje social. Se realizaron tres fases y el Estudio 1: Fase 1) Evaluación y descripción de las habilidades sociales y características psicológicas en una muestra de niños institucionalizados. Fase 2) Conformación de los contenidos del programa de entrenamiento en habilidades sociales y su validación por jueceo. Fase 3) Diseño y ajuste de los contenidos del programa para el desarrollo de habilidades sociales; y el Estudio: Efectos del Programa de Intervención para el Entrenamiento en Habilidades Sociales en Niños Institucionalizados. Se trabajó con 36 menores entre los 8 y los 12 años de edad, de los cuales 14 fueron niñas y 22 niños, todos ellos bajo la tutela de una institución. Se utilizó un diseño experimental con réplica, con mediciones pretest-postest y mediciones repetidas (tres seguimientos). La asignación a las dos condiciones del estudio se realizó al azar. Se utilizó la Escala de Conducta Asertiva para Niños, la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada, el Inventario de Autoestima de Coopersmith para Niños y la Escala de Depresión para Niños. Los hallazgos encontrados sugieren eficacia del programa de intervención en el incremento de las habilidades sociales en los menores institucionalizados. Los resultados mostraron diferencias significativas entre grupos en la variable de habilidades sociales en el segundo seguimiento ($p=.05$) y mantenimiento de los efectos a través del tiempo en el Grupo Experimental ($p=.00$).

Palabras clave: Programa, intervención, habilidades sociales, Institucionalización, niños.

ABSTRACT

The aim of this research was to evaluate the effectiveness of an intervention program for social skills training and its effect on the psychological variables of anxiety, self-esteem and depression in institutionalized children. The maintenance of its effects was evaluated along three follow-ups. The training was based on the principles of social learning theory. Three phases and one study were carried out: 1) Evaluation and description of social skills and psychological characteristics in a sample of institutionalized children; 2) Establishment of the content for the social skills training program and its validation by judges; 3) Design and adjustment of the contents for the program for the development of social skills; and Study 1: Effects of the Program of Intervention for Social Skills Training in Institutionalized Children. The research was done with 36 children of between 8 and 12 years of age, of whom 14 were girls and 22 boys, all under the tutelage of an institution. An experimental design with replication was used, with pretest-posttest measurements and repeated measurements (three follow-ups). The assignment to the two study conditions was random. We used the Children's *Assertive Behavior Scale*, the Revised Manifest Anxiety Scale for Children, the Coopersmith Self-Esteem Inventory and the Children's Depression Scale. The findings suggest effectiveness of the intervention program in increasing social skills in institutionalized children. The results showed significant differences between groups in the variable of social skills in the second follow-up ($p = .05$) and maintenance of effects over time in the Experimental Group ($p = .00$).

Keywords: Program, intervention, social skills, institutionalization, children.

CAPÍTULO 1

INSTITUCIONES DE ASISTENCIA SOCIAL

En ciertos contextos socioculturales se presenta una serie de factores como la pobreza, marginalidad, falta de recursos, convivencia en familias disfuncionales, disponibilidad de drogas, entre otros, que favorecen el desarrollo de conductas de maltrato hacia menores –niños y adolescentes-, por lo que éstos se vuelven sujetos de protección y de asistencia social. Al vivir diversas situaciones de desamparo, el menor debe ser objeto de diferentes formas de protección, entre ellas la separación familiar e ingreso en una institución de asistencia social con el fin de preservar su seguridad, integridad y propiciar su sano desarrollo.

En este capítulo se revisan las consecuencias que conlleva el cuidado de un menor dentro de las instituciones sociales. Para ello, primero se definen qué características componen a las instituciones de asistencia social encargadas del cuidado y resguardo de los menores. Posteriormente se describe cuáles son las diversas causas por las que los menores que residen allí son abandonados en ellas. Finalmente, en el tercer apartado se señalan los efectos cognoscitivos, físicos, psicológicos y sociales que presentan los menores que se encuentran bajo esta condición.

El principal objetivo de revisar estos aspectos en su conjunto es destacar y puntualizar las causas por las que los menores llegan a las instituciones, la serie de deficiencias físicas, psicológicas y sociales que pueden sufrir dentro de una institución, así como conocer las características de su vida; todo ello con el fin de conocer una problemática que permita desarrollar estrategias de prevención o intervención, que coadyuve a que los menores logren una mejor calidad de vida.

Instituciones de asistencia social infantil

Se define a la institución como un cuerpo social, que hace patente una ideología a través de sus normas, procedimientos, objetivos, pautas y actividades, con el fin de regular las relaciones entre los hombres. Este

concepto de institución social se aplica a cualquier grupo organizado que persigue objetivos específicos con base en las normas y procedimientos que caracterizan la actividad de un grupo social determinado (Ortega, Rodríguez y Ruíz, 2002).

Ahora bien, desde la perspectiva de la asistencia social, una institución sea pública o privada, se encarga de prestar servicios de asistencia con el fin de lograr el desarrollo integral de la familia y para proteger a menores, ancianos y personas con discapacidad o en situación de vulnerabilidad. Las instituciones de asistencia social tienen como objetivo contribuir a la integración familiar de poblaciones en estado de abandono, orfandad o desventaja social, mediante orientación, asesoría y refuerzo de los servicios de la comunidad. De ahí que estas instituciones se conciben como un modo peculiar de organización humana, que surge para satisfacer las demandas sectoriales de la población, o como una respuesta a ciertas necesidades o urgencias planteadas por ella. Por lo tanto, cada organización institucional intenta responder congruentemente a las demandas que un determinado núcleo social exige.

Según la Real Academia Española asistencia significa “prestar ayuda, favor o socorro” (1997, p. 110). De modo que la institución procura, provee atención. La institución de asistencia es la encargada de las necesidades personales, familiares y sociales de un individuo inserto dentro de este contexto, con demandas únicas que requieren sustento. Significa tenerlo a su cargo, definirlo en sus necesidades íntegra e íntimamente, sin elementos intermedios; razón por la cual implica poder efectuar una lectura de sus necesidades físicas, emocionales, personales, familiares y sociales.

Una institución de asistencia social surge, y se le exigen resultados, de acuerdo a una necesidad política. En ella se concentran las acciones encaminadas a proteger a grupos que por razones sociales y/o físicas, representan una población vulnerable con diversos factores de riesgo.

Existen diversos tipos de instituciones que cumplen diferentes funciones, según la población a la que se ocupan. Goffman (1984) realizó una clasificación de las instituciones, según el cometido que cumplen y la población a la que asisten.

- Instituciones para personas incapaces o inofensivas, que comprenden los hogares para ancianos, ciegos y huérfanos.
- Instituciones para quienes requieren de asistencia médica o psiquiátrica, tales como hospitales generales y psiquiátricos.
- Instituciones para proteger a la comunidad de individuos que conllevan un peligro social, tales como los reclusorios, presidios y consejos tutelares.
- Instituciones destinadas al campo laboral-social, como cuarteles, barcos, escuelas, entre otros.
- Instituciones de carácter religioso, por ejemplo monasterios y conventos (p. 18).

En el presente trabajo se considera únicamente el primer rubro, que se refiere a las instituciones cuya finalidad es brindar protección y cuidados a los menores hasta que alcancen su autosuficiencia. Instituciones que tienen como objetivo proveer ayuda a niños y adolescentes que no disponen de una familia que los cuide, procure y proteja. Se parte de la idea de que éstas acogen a menores desamparados para brindarles protección y cuidados, hasta el momento en que ellos puedan resolver sus necesidades, de ahí que su principal objetivo sea proveerlos de bienestar.

Las primeras instituciones de asistencia social para menores surgieron debido al incremento de este tipo de personas, que carecían de los medios para satisfacer sus necesidades básicas. Su rango de competencia abarcaba a personas imposibilitadas para solventar sus necesidades materiales y de asistencia médica y se ocupaba también de los casos donde la carencia no sólo era material sino afectiva, como ocurre con los menores abandonados, o quienes se encuentran en orfandad total.

En la siguiente lista se enumera cronológicamente algunas de las instituciones mexicanas relacionadas principalmente con la protección al menor.

- 1929. Se constituye la Asociación de Protección a la Infancia, apoyada por la Lotería Nacional para la Beneficencia Pública, cuyo fin es asistir a los niños de escasos recursos.

- 1937. Se establece la Secretaría de Asistencia Pública, a la cual se incorporan establecimientos que se dedican a la beneficencia pública.
- 1961. Se crea, por Decreto Presidencial, el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI) con el propósito de proporcionar servicios asistenciales complementarios, como desayunos escolares.
- 1968. Se constituye, también por Decreto Presidencial, el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN) orientado a la atención de niñas y niños huérfanos, abandonados, desvalidos, discapacitados o con ciertas enfermedades. Entre los objetivos de esta institución estaban la creación de casas cuna, el establecimiento, operación, vigilancia y patrocinio de casas hogar, internados, asilos, y en general instituciones dedicadas a la protección del menor abandonado. Más tarde, en los años setenta, se crea el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia.
- 1973. El Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI) dio un nuevo enfoque a sus objetivos y programas. Se planteó como principal objetivo procurar el desarrollo integral de la niñez e incorporar acciones de bienestar infantil en el área cultural, social, económica, de salud y nutricional, donde se considera al menor dentro del núcleo familiar y formando parte de la comunidad. No obstante, en este periodo se comenzó a contemplar un problema que no se había tratado y que requería de atención: el incremento de menores abandonados por sus padres, ya fuera por alguna conducta antisocial, enfermedad, prisión preventiva u orfandad.
- 1977. Se crea, por Decreto Presidencial, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), a partir de la fusión del Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMPI) y la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN). De acuerdo al artículo 13 de la Ley Nacional de Asistencia Social de 1986, el DIF es el promotor de la asistencia social y la promoción de la interrelación sistemática de las acciones listadas en éste, por lo que es el rector en el campo de la asistencia social y coordinador del sistema compuesto por órganos estatales y municipales (Ortega, Rodríguez y Ruíz, 2002).

Actualmente, en México existen instituciones de asistencia social, tanto públicas como privadas, que acogen a los menores, como casas cuna e internados para niños, niñas y adolescentes; que proporcionan albergue temporal o permanente a quienes padecen abandono por diferentes motivos. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) se identifica con la serie de instituciones públicas y privadas que por ley deben apoyar el desarrollo de la familia y de la comunidad, especialmente en aquellas que presentan mayor riesgo de desintegración, violencia o alguna situación adversa, y pocos recursos para enfrentarla. Se describe de manera general cómo se integra, cuáles son sus acciones y objetivos, con el fin de comprender de qué forma los artículos 4º y 5º de la Ley de Asistencia Social (2004) la estructuran, segmentando sus funciones, obligaciones y su población objetivo.

El DIF está integrado por un organismo central, el DIF Nacional, que coordina las actividades de asistencia, así como los 32 Sistemas Estatales y los Sistemas Municipales DIF, que existen en aproximadamente 1,500 municipios. De este modo, el sistema nacional DIF es la principal institución asistencial, con mayor presencia en el territorio nacional, encargada de la atención a menores desamparados.

Las acciones del DIF y la nueva visión gubernamental respecto a la asistencia social, sitúan a la familia como eje de sus estrategias. Su misión, en coordinación con los DIF estatal y municipal e instituciones públicas y privadas, es generar capital social a través de la conducción y ejecución de políticas públicas de asistencia social que promuevan el desarrollo integral de la familia y la comunidad, para combatir las causas y consecuencias de la vulnerabilidad infantil. Sus principales objetivos son la prevención, la corresponsabilidad y la profesionalización de los servicios asistenciales. El objetivo de dichas estrategias es disminuir cada vez más la asistencia y vulnerabilidad, procurando el fortalecimiento de la familia (Ortega *et al.*, 2002).

Ahora bien, la Ley de Asistencia Social (2004) crea una estructura que indica a detalle qué población objetivo es de la que se ocupará, y qué atribuciones y obligaciones les competen al Estado y a la sociedad. Dicha ley concibe a la asistencia social como el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar

las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del niño, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión, o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

El artículo 4º de esta Ley de Asistencia Social determina que todos los niños, niñas y adolescentes son sujetos de asistencia, especialmente aquellos que se encuentran en situación de riesgo o afectados por desnutrición, deficiencias en su estado físico o mental, o cuando el menor sea afectado en su familia por condiciones adversas: maltrato, abuso, abandono, ausencia o irresponsabilidad de progenitores, en el cumplimiento o garantía de sus derechos. Este artículo también contempla al menor que es víctima de cualquier tipo de explotación: vivir en la calle, tráfico de personas, pornografía y comercio sexual. Además, incluye a aquellos que trabajan en condiciones que afecten su desarrollo e integridad física y mental; a los infractores o víctimas del delito; a los hijos de padres con enfermedades terminales o en condiciones de extrema pobreza; a los migrantes y repatriados, y a las víctimas de conflictos armados o persecución étnica o religiosa.

Por otro lado, el artículo 5º de la misma ley, indica que al DIF le corresponde proporcionar servicios asistenciales encaminados al desarrollo integral de la familia -célula de la sociedad que provee a sus miembros de elementos necesarios para las diversas áreas de su desarrollo- y proporciona apoyo a individuos con carencias familiares esenciales, no superables en forma autónoma.

Por lo tanto, las instituciones de asistencia social enfocadas a la guarda y protección de menores vulnerables y/o desamparados, es decir en estado de necesidad, indefensión o desventaja física y mental, tienen como objetivo articular un conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impiden el desarrollo integral del niño, así como brindar protección física, mental y social, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

Sin embargo, hay que tomar en cuenta que no todos los menores en situación de vulnerabilidad o abandono llegan a estas instituciones de asistencia. El DIF, en su Diagnóstico de Adopción en México, refiere que el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) señaló que en el 2005 hubo en México 1.6 millones de niños huérfanos, debido a diferentes causas (orfandad parcial o total por accidente, VIH, muerte posparto, entre otras). Este reporte indicó que los niños se encontraban en diferentes circunstancias de vida: situación de calle, albergues clandestinos, con otros familiares o en proceso de migración. Debido a esto, sólo una parte de esos menores llegaron a las instituciones correspondientes. Es importante destacar que el número de niños en esas condiciones son más que los institucionalizados, tal y como se aprecia en el reporte mencionado.

De los menores que efectivamente llegan a las instituciones, éstos se encuentran en uno de los 703 centros de atención (casas cuna o casas-hogar), de los cuales aproximadamente el 11% son centros asistenciales de los Sistemas DIF (76) y el 89% restante pertenece a otras instituciones públicas o a instituciones de la sociedad civil (627). En el Diagnóstico de Adopción en México se estimaba, con base en los cálculos de crecimiento poblacional del Consejo Nacional de la Población (CONAPO), que en México hubo aproximadamente 29,310 niños sin cuidados familiares e institucionalizados en el 2010 (Diagnóstico de Adopción en México).

El procedimiento que se sigue para que los menores ingresen a estas instituciones es mediante la exposición voluntaria, la solicitud de los familiares o la canalización por parte de otra institución; entre tales instituciones están la Dirección General de Protección y Defensa del Menor, que cuenta con leyes que protegen a niños y adolescentes, y con servicios especializados para el manejo de casos, así como las Agencias del Ministerio Público, especializadas en asunto de menores, víctimas e incapacitados. Por ejemplo, en la Ciudad de México, cuando los menores llegan al Ministerio Público como víctimas de alguno de los posibles delitos contemplados en el Código Penal del Distrito Federal -como abandono, violencia física o psicoemocional, o abuso sexual- por parte de quien ejerce la patria potestad, el Agente del Ministerio

Público los canaliza al Albergue Temporal de la Procuraduría General de Justicia (PGJ), donde se decide la situación jurídica del menor, si se le incorpora en una institución de asistencia pública o privada, o si se reintegra con sus padres o algún familiar (Código Penal para el Distrito Federal, 2002, artículos 178-200).

En suma, el gobierno crea políticas públicas para resolver la situación de menores desamparados o que están en situación de vulnerabilidad a través de la creación de casas-cuna y casas-hogar, donde se alberga a los menores, bajo una serie de lineamientos cuyo fin es transformar y mejorar las circunstancias del menor con el objetivo de que desarrolle sus capacidades físicas, mentales y sociales, y sea capaz de incorporarse a la sociedad de manera productiva y plena. Es de notar que son múltiples las razones por las que un menor puede ser sujeto de asistencia social, y ser canalizado a una institución para quedar bajo el resguardo de ésta, tales causas se relacionan con diversos factores.

Causas de institucionalización

A nivel mundial, las principales causas por las que un menor es abandonado dentro de una institución, están relacionadas con el niño, con el tutor y con el entorno social. La finalidad de las instituciones para niños abandonados, como son los orfanatos, es proveer de cuidados y seguridad social a niños huérfanos o en situaciones de abandono, después de desastres, durante una guerra o por otras causas que impiden que los niños continúen viviendo con sus padres (McKenzie, 1998). En ocasiones los orfanatos proveen un ambiente mejor que las deplorables circunstancias en las que viven los niños con su familia biológica, pero ello no implica que puedan sustituir el cuidado que los niños podrían encontrar en familias responsables y amorosas.

De este modo, las circunstancias sociales que llevan al menor hacia su institucionalización se relacionan con ambientes políticamente caóticos, inestables o en situaciones de guerra, donde los huérfanos han perdido contacto con sus padres (St. Petersburg-USA Orphanage Research Team, 2005); en otros casos, se ubican razones políticas, por ejemplo el gobierno

chino tiene instituida la política de un solo niño por familia para controlar la población en crecimiento y dado que se prefiere a los varones, es mayor la cantidad de niñas que se institucionalizan (Hwa-Froelich & Matsuh, 2008).

Una de las causas importantes que se destacan cuando se analiza la situación de los menores institucionalizados es el abandono físico o negligencia, que se refiere a las necesidades físicas básicas del menor, cuando no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño (Arrubarrena y De Paúl, 1994). Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (2002) refiere que esta situación se distingue del descuido por pobreza, es decir, del descuido que se produce cuando los padres no toman las medidas para promover el desarrollo del niño porque no disponen de recursos para hacerlo.

Otra razón por la que se institucionaliza a los menores es como resultado de la historia de nacimiento; en este caso se ubica a niños que provienen de familias mono parentales, donde el padre o la madre prefiere colocar a su hijo en una institución porque presenta problemas médicos o desventajas físicas; en ocasiones debido a la exposición al alcohol u otras sustancias durante la gestación, o a la escasez de recursos (Instituto de Adopción, 2004, citado en Meese, 2005). Otra de las razones para la institucionalización de los menores es por orfandad parcial o de ambos padres, por ejemplo, en África la proporción de niños huérfanos e institucionalizados va en aumento debido al rápido incremento en la mortalidad de los adultos por la creciente pandemia que representa el VIH (Idoniboye, 2008; Lombe & Ochumbo, 2008; Parker & Short, 2009).

Además, existen otras causas más generales a nivel mundial, como la pobreza extrema, niños que viven en la calle, encarcelamiento de un padre, o pérdida de ambos padres por alguna razón (Hayashi, Frost, Yamashita, Khuajin & Nyamsuren, 2009), así como deficiencia mental de alguno de ellos (Strong-Boag, 2007).

Por otro lado, existen los casos de niños que viven en una institución cuando los padres pierden su patria potestad sobre ellos, debido a situaciones de

abuso físico extremo (DeJong, 2010), o bien, abuso y negligencia infantil (O'Sullivan & McMahon, 2006). En esos casos, los menores son retirados de sus hogares, por considerarlos ambientes en donde los menores están en riesgo de sufrir daño en su integridad.

De acuerdo con Casado, Díaz y Martínez (1997), las situaciones de desamparo en las que un menor debe ser objeto de diferentes formas de protección, incluyendo su separación de la familia e ingreso en un centro, se dividen en tres rubros:

- Situaciones derivadas del imposible ejercicio de los deberes de protección: orfandad, prisión de ambos padres, y enfermedad o discapacidad de los padres.
- Situaciones derivadas del incumplimiento de los deberes de protección: falta de reconocimiento del niño, de paternidad o maternidad, por parte de un adulto, abandono total del niño, desentendimiento completo de su cuidado (en sentido literal, no entendido como negligencia).
- Situaciones derivadas del inadecuado cumplimiento de los deberes de protección: maltrato físico o emocional, abandono físico o emocional y abuso sexual (Casado et al. 1997, p. 271).

Al parecer, en México, las causas de institucionalización de menores se relacionan principalmente con el abandono o abuso por parte del tutor. Como ya se señaló, la Ley de Asistencia Social (2004) detalla las causas por las que son sujetos de asistencia todas las niñas, niños y adolescentes, que se encuentren en situación de riesgo o afectados por condiciones familiares adversas. Pero, es importante resaltar, en nuestro país no se cuenta con suficientes reportes o estadísticas en las que se mencionen las causas de ingreso de los menores a las instituciones de asistencia social. Entre los organismos oficiales que reportan algunos datos se encuentra el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2010), que reporta algunos datos del Programa de Prevención al Maltrato Infantil del DIF (Ver Tabla 1). Esta institución dispone de un registro de denuncias respecto a menores maltratados, posee estadísticas de denuncias recibidas y de casos en los que se comprueba que hubo maltrato; éstos son desglosados por tipo de

maltrato. En 1997 se observa una tendencia ascendente de abandono de menores: el 5.9% del total de denuncias era por abandono, proporción que se incrementó a través de los años hasta llegar en el 2006 al 10.2% de los casos, misma que disminuyó a 3.2% en el 2007.

Tabla 1. Porcentaje de menores maltratados atendidos por el DIF, según tipo de maltrato, 1995-2007.

Año	Tipo De abuso							
	F	AS	A	E	OC	ES	N	EL
1995	50.0	6.2	0.0	25.1	0.0	0.0	0.0	0.0
1996	45.1	4.6	0.0	20.2	25.5	0.0	0.0	0.0
1997	36.3	4.2	5.9	20.3	22.8	0.1	3.8	1.7
1998	35.3	4.4	7.2	18.2	19.6	0.3	6.9	0.8
1999	32.7	4.2	6.8	21.0	18.1	0.4	10.4	2.6
2000	31.2	3.9	5.7	24.3	27.7	0.1	8.4	0.7
2001	27.7	4.1	6.4	20.8	27.0	0.1	9.7	1.1
2002	31.0	4.9	6.4	20.6	23.2	0.3	13.4	1.1
2003	29.2	4.4	8.4	27.0	27.7	0.2	8.6	0.8
2004	23.7	3.8	7.7	21.1	27.6	0.2	8.3	0.8
2005	25.4	4.2	8.6	20.7	27.4	0.4	6.3	1.0
2006	23.0	3.9	10.2	21.4	29.8	0.2	12.8	2.1
2007*	37.6	3.6	3.4	26.6	26.8	0.1	10.7	0.5

Nota. F: Físico; AS: Abuso sexual; A: Abandono; E: Emocional; OC: Omisión de cuidados; ES: Explotación sexual; N: Negligencia; EL: Explotación laboral.

Fuente: INEGI 2009. Estadísticas a propósito del Día del niño.

*INEGI: 2010. Estadísticas a propósito del Día del niño.

Como se observa, el porcentaje de menores maltratados ha ido en aumento en algunas formas de la maltrato, como el abuso físico (37.6%), y el abuso emocional (26.6%). El maltrato de diversos tipos es la causa más frecuente de atención a menores por parte del DIF, y se encuentra entre las causas por las que los menores pasan al cuidado y protección de una institución diferente a la familiar (INEGI, 2009).

En el periodo de enero-julio del 2009, el DIF Sonora (2009) reporta las causas del ingreso de 139 menores a la institución, siendo éstas: abandono, maltrato psicológico y/o físico, abuso sexual, negligencia y omisión de cuidados.

Al analizar las variables demográficas e indicadores emocionales relacionados, en una muestra de menores institucionalizados mexicanos, Ulloa y Ampudia (2007) afirman que el motivo de ingreso a una institución es, predominantemente, el maltrato de tipo físico, emocional y negligencia, lo cual coincide con el reporte que proporciona el DIF. Específicamente se reporta que los niños ingresan a la institución debido al abandono físico, es decir, las necesidades físicas básicas del menor no son atendidas por nadie, son expósitos, carecen de habitación segura, o son víctimas de algún delito realizado por quien ejerce la patria potestad, tutela, representación, guarda o custodia del menor. El DIF reporta que los padres abandonan físicamente a los hijos por dos razones, porque no se pueden hacer responsables de su cuidado, o porque no pueden proporcionar los medios básicos de subsistencia y los cuidados necesarios para su desarrollo integral. Bajo estas circunstancias, los niños son retirados de sus hogares o recogidos de la calle para quedar bajo la tutela del gobierno.

De lo anterior se desprende que, en nuestro país, la mayoría de los menores que se encuentran bajo el resguardo de una institución son, a su vez, niños maltratados. Además, de acuerdo con Pereira (1997), el mismo hecho de que un menor se encuentre bajo el resguardo de una institución es una forma de maltrato, entendiéndose éste no como un maltrato recibido por la institución o por encontrarse allí, sino por la falta de un vínculo familiar, porque éste se encuentra temporalmente dañado o roto.

Lo antes expuesto tiene como principal implicación que, en parte por la situación o causa que origina la asistencia institucional del menor, en otra por la pérdida del vínculo afectivo, así como por las características propias de la vida institucional, en este contexto se produce una serie de efectos físicos, psicológicos y sociales en los niños y adolescentes que están bajo este tipo de cuidados.

Estudios realizados en instituciones para niños abandonados

Diversos reportes de investigación han aportado datos acerca de la situación que viven los niños que son víctimas de abandono o maltrato, motivo por el cual son separados de sus familias y puestos al resguardo de una institución que tiene como funciones su cuidado y educación. Tales reportes exponen un panorama que incluye una serie de problemas de carácter físico y psicológico, que sufre esta población de niños y adolescentes. A continuación se exponen algunos de los principales hallazgos de investigaciones en este campo.

Dentro de las instituciones se presenta una compleja combinación de privación emocional, social, perceptual, física e intelectual. Como resultado de ello, cuando se compara a un niño criado en una institución con un niño criado en familia, usualmente no es posible especificar claramente el tipo de privación que produce cada una de las diferencias entre ellos (McKenzie, 1998).

Al respecto, Maclean (2003) menciona que, desde los años cuarenta, se han estudiado las consecuencias que tienen sobre el desarrollo las condiciones de privación extrema en la infancia. Dentro de los primeros trabajos en el campo, el autor retoma aspectos planteados por autores como Goldfarb, quien en 1945 estudió a 15 niños que habían pasado tres años de su vida en una institución, y que posteriormente fueron ubicados en casas bajo el cuidado de una familia. Comparó a este grupo de niños con otro cuyos integrantes permanecieron en la institución toda la infancia. Este investigador encontró que el grupo que permaneció institucionalizado mostraba en la adolescencia mayores atrasos cognitivos que el grupo que se trasladó a un ambiente familiar, por lo que concluye que la crianza en la institución lleva a deficiencias en el desarrollo.

Bowlby (2003) destacó, desde la década de los cincuenta, la importancia del amor materno en la infancia y la primera niñez, poniendo de manifiesto la importancia de la privación de la figura materna. Señaló la existencia de una relación causal entre la pérdida de cuidados maternos en los primeros años de la vida y un desarrollo alterado de la personalidad; puso de manifiesto que muchas desviaciones parecen ser consecutivas a una experiencia de esta índole, desde la formación de un carácter delincuente hasta personalidades

con tendencia a los estados de ansiedad y enfermedad depresiva. Bowlby afirma que, en el curso del desarrollo sano, la conducta de apego lleva al establecimiento de vínculos afectivos, al principio entre el niño y el progenitor, y más tarde, entre adultos, por lo que las formas de comportamiento y los vínculos derivados de ellas están presentes durante toda la vida.

Spitz (1969) describió el deterioro progresivo que los niños sufren dentro de las instituciones. Realizó estudios en los cuales reporta las consecuencias de la privación temporal y permanente del vínculo materno. Concluye que la influencia de la separación prolongada de la madre, sobre el índice de desarrollo del niño, en un primer momento revela retraso en el crecimiento, pero si la privación continúa se presenta un descenso gradual del mismo; a mayor tiempo de separación de la madre, mayor el daño: retraso motor, rostro inexpresivo, coordinación ocular defectuosa, dificultades para estar de pie, andar y hablar, así como una proporción de mortalidad elevada; en los participantes de sus estudios, el índice de desarrollo se detenía en el 45% de lo normal. Adicionalmente, este autor encontró que algunos infantes tenían pérdida de peso, insomnio y susceptibilidad a los resfriados.

Otros estudios han aportado datos acerca de las condiciones de vida dentro de las instituciones. La institucionalización a temprana edad, así como el tiempo de permanencia dentro de ésta, tienen un impacto negativo sobre el desarrollo intelectual de los niños. Una estancia prolongada suele asociarse con un bajo nivel de desarrollo y de coeficiente intelectual. En algunos casos, después de dejar el orfanato, los niños pueden incrementar dichas medidas, pero aquellos que han sido institucionalizados por un largo periodo de tiempo suelen mostrar rezagos significativos en el desarrollo, incluso muchos años después de su adopción. Los efectos del tiempo de institucionalización sobre el desarrollo han sido demostrados al analizar las diferencias entre grupos de niños que han estado menos de dos años en instituciones y grupos que han permanecido más de ese tiempo (Macleay, 2003).

Se ha comprobado que los niños adoptados, que permanecieron varios años en la institución, presentan mayores problemas que los niños que fueron adoptados a temprana edad y los niños que vivieron en familia desde su

nacimiento. También se encontró que las familias adoptivas utilizaban con mayor frecuencia recursos como apoyo escolar, médico y de salud mental que las familias naturales (Le Mare, Audet & Kurytnik, 2007); ese hallazgo es apoyado por Eisenberg y Belfer (2009), quienes encontraron que los niños adoptados en sus primeros años de vida mostraban mejores resultados, comparados con los niños criados en instituciones, los cuales tenían numerosos retrasos significativos en diversas áreas del desarrollo.

Los problemas de salud también han sido identificados en menores institucionalizados, al comparar a la población infantil en diversas situaciones; Ahmad *et al.* (2007) llevaron a cabo un estudio que comparó a huérfanos, población general, pacientes bajo cuidado médico y pacientes hospitalarios. Los niños de todas las muestras mostraron puntajes similares en problemas de desarrollo, sin embargo, en la muestra de niños en situación de orfandad y en las dos muestras de niños en situación clínica, se encontraron problemas de salud mental, dado que mostraron un mayor puntaje en problemas de conducta, estrés postraumático, y manifestación de diversos síntomas.

Un estudio similar comparó niños huérfanos institucionalizados con niños que, siendo también huérfanos estaban bajo el cuidado de una familia (sin adopción de por medio). En ambos casos, se encontró un significativo deterioro en los niveles de competencia y un mayor índice de problemas psicológicos que los presentados comúnmente en niños que crecen dentro de una familia propia. Los niños huérfanos que estaban bajo el cuidado de una familia mostraron resultados ligeramente mejores en variables como expresión de emociones, probablemente debido a la estructura familiar en la que se encontraban inmersos (Ahmad *et al.*, 2005).

Al contemplar estos resultados, un aspecto importante a considerar es la calidad de los cuidados institucionales, ya que las condiciones de vida del orfanato se caracterizan por un escaso cuidado de la salud e inadecuada alimentación, en algunos casos se observa incluso exposición a un ambiente tóxico y enfermedades infecciosas; tales ambientes suelen caracterizarse por oportunidades limitadas de desarrollo del lenguaje y baja estimulación cognoscitiva, lo cual está relacionado directamente con el número escaso de

cuidadores que, además, tienen poco o ningún entrenamiento (Meese, 2005). Respecto a los cuidadores se ha encontrado también que suelen ser de rotación frecuente, que establecen rutinas enfocadas en la eficacia más que en el cuidado, y que ello propicia déficits de estimulación social hacia los menores a su cuidado (Eisenberg & Belfer, 2009). Aunado a ello, los niños y adolescentes suelen tener una limitada exposición a materiales estimulantes e interacciones sociales y escasas oportunidades de obrar recíprocamente con los cuidadores o los pares, lo cual en su conjunto puede ocasionar deficiencias en el desarrollo normal. Como consecuencia, los niños que residen en instituciones, a menudo exhiben retrasos o severos déficits en diversas áreas del desarrollo (Hwa-Froelich & Matsuh, 2008).

De este modo, no es de extrañar que la institucionalización durante el primer año de vida sea una condición que disminuye la calidad de vida en la etapa adulta (Ventegodt, Flensborg-Madsen, Andersen, Morad & Merrick, 2006). A los aspectos ya señalados, se suman diversos factores de riesgo que contribuyen a bajos niveles de desarrollo, como la desnutrición, la adversidad de la pre-adopción (en el caso de niños adoptados), el tiempo pasado en la institución y el peso al nacer; aspectos que correlacionan con bajos desempeños cognoscitivos y con problemas de comportamiento (Miller, Chan, Tirella & Perrin, 2009). Lo anterior es apoyado por Ochumbo (2008), quien señala que la estancia en orfanatos coloca a los niños y jóvenes en riesgo de contraer enfermedades infecciosas serias, así como retraso en el desarrollo del lenguaje, además de que la institucionalización en la niñez temprana aumenta la probabilidad que los niños, al crecer, tengan problemas psiquiátricos y sean económicamente improductivos; en contraparte, los niños adoptados que salen de la situación de institucionalización (por adopción) en sus primeros años de vida muestran mejores resultados, comparados con los niños criados en instituciones.

Existen también investigaciones que brindan un panorama acerca de los problemas físicos, psicológicos y sociales que suelen desarrollar los niños que sufren de abandono dentro de las instituciones que los tienen a su cargo. En infantes menores de un año, que han estado institucionalizados desde el primer

mes de vida, se observa retraso en la conducta motora, disminución de la conducta de exploración, fracaso en el desarrollo de un sistema de comunicación, pocas emisiones de sonidos, escasas vocalizaciones y palabras, retraso en la comprensión y producción del lenguaje, desarrollo tardío del discurso; además de que no se observa apego a un cuidador en particular (Provence & Lipton, 1969).

A continuación se mencionan algunas de las afectaciones en el desarrollo físico, cognoscitivo, afectivo y social, así como problemas de conducta y emocionales, que suelen sufrir los menores que viven bajo el la custodia de las instituciones.

Desarrollo físico

Con relación al desarrollo físico, los niños que han permanecido en ambientes institucionales presentan las siguientes características: estatura y peso menores al promedio (O'Connor *et al.*, 2000); problemas intestinales y de piel, voracidad al comer y desnutrición (Muhamedrahimov, Nikofova, Palmov, Groark & McCall, 2005); retrasos o deficiencias en el desarrollo, así como numerosos problemas médicos (Miller *et al.*, 2009).

Desarrollo cognoscitivo

Con respecto al desarrollo cognoscitivo, los niños institucionalizados pueden mostrar problemas de atención y de pensamiento y menor competencia escolar, aspectos que han sido reportados por Ahmad *et al.* (2005), quienes refieren particularmente que las niñas son las que frecuentemente repiten años escolares. Otras de las características que se presentan en los menores institucionalizados son la hiperactividad/inatención y los déficits cognitivos (Eisenberg & Belfer, 2009); retraso en la adquisición de vocabulario, reducción en las habilidades de comunicación y conducta simbólica (Hwa-Froelich & Matsuh, 2008); procesos sensoriales anormales (Miller *et al.*, 2009); distractibilidad (Muhamedrahimov *et al.*, 2005); coeficiente intelectual más bajo, así como menores habilidades de lectura y, con frecuencia, necesidad de educación especializada (O'Connor *et al.*, 2000).

Desarrollo afectivo

Con relación al desarrollo afectivo, los niños que han estado bajo situación de institucionalización muestran trastornos o problemas en el apego (Bennett, Espie, Duncan & Minnis, 2009; Eisenberg & Belfer, 2009); muestran un apego no seguro, así como mayor prevalencia en el apego desorganizado, en comparación con niños que viven en casa con sus padres biológicos (Katsurada, 2007; O'Connor *et al.*, 2000). Este déficit en sus relaciones con la gente, y la debilidad en el vínculo emocional, son anormales en su desarrollo y conducta.

Desarrollo social

En lo concerniente al desarrollo social, los menores presentan déficit en su competencia social, dificultad para hacer amistades y para establecer relaciones con otros, presentan experiencias constantes de rechazo, así como sentirse excluidos del grupo, por parte de sus pares, y la mayoría de las veces manifiestan que tienen pocos amigos de su edad (Ahmad *et al.*, 2005).

Debido a que tienen problemas para relacionarse con sus pares y deficiencias en la adquisición de habilidades sociales básicas, a estos niños y adolescentes se les dificulta el desarrollo de habilidades sociales más elaboradas, necesarias para la interacción con sus pares y con adultos (O'Connor *et al.*, 2000), aunado a la exhibición de conductas estereotipadas, agresivas o pasivas (Muhamedrahimov *et al.*, 2005).

Otra característica del déficit en el desarrollo de las relaciones interpersonales de estos niños es la amabilidad indiscriminada: son excesivamente amigables con desconocidos, no discriminan entre un adulto y un par, y los incluyen con gran facilidad en su círculo de amistades, aunque no se profundiza en la relación, ya que ésta es superficial; perciben a los adultos como más confiables, porque sienten que los rechazan menos que sus pares; inician un contacto social aparentemente de manera fácil dado que sonríen fácilmente con las personas y no parecen penosos o miedosos, ni muestran la precaución, la reticencia o el miedo característicos hacia un extraño que tienen otros niños, lo

cual puede ser peligroso para su seguridad (Bennet *et al.*, 2009). Suelen mostrar, además, problemas de comportamiento (Miller *et al.*, 2009).

Problemas emocionales

Respecto a los problemas psicológicos, estos menores suelen experimentar depresión, ansiedad y agresión (Ahmad *et al.*, 2005); reflejan una menor autonomía y participación activa, baja autoestima y confianza en sí mismos (Boy, García & Torreblanca, 1985); muchos de los niños que viven en orfanatos usualmente traen detrás de sí una historia en la cual se involucra la violencia, dejándolos con secuelas de estrés post traumático, dependiendo de la situación que hayan vivido; además de problemas emocionales (Miller *et al.*, 2009).

Adicionalmente, se ha encontrado que los menores post-institucionalizados, aún después de varios años de adopción, muestran algunas de las siguientes dificultades: problemas de conducta y escolares, síntomas conductuales, trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), problemas del aprendizaje, desórdenes mentales y/o múltiples problemas de conducta; en la etapa escolar, muchos de estos niños tienen un número significativo de problemas emocionales y escolares, incluso después de haber pasado por programas terapéuticos y educativos especializados (Miller *et al.*, 2009); continúan exhibiendo un alto grado de dificultades para relacionarse, muestran apego inseguro, relaciones problemáticas con sus pares, así como mayores demandas de apoyo académico, social, conductual e intelectual, en sus escuelas de pertenencia (Le Mare, Audet & Kurytnik, 2007).

El panorama anteriormente referido es el que se reporta en la literatura internacional, del cual se destacan las características físicas, psicológicas y sociales que sufren los menores bajo el cuidado de una institución. Con relación al campo nacional, es importante resaltar que el estudio de la problemática de los menores bajo situación de institucionalización ha sido abordada en tesis universitarias, mayoritariamente, donde predominan los reportes de evaluación e intervención sobre algunos de los aspectos

relacionados con ella. A continuación se expone una revisión de dichos estudios.

Estudios realizados en instituciones nacionales para niños abandonados

Enríquez (2004) llevó a cabo un estudio con el objetivo de conocer si había relación entre depresión y bajo rendimiento escolar, en dos poblaciones de niñas. El estudio se llevó a cabo en una escuela, las participantes fueron 40 niñas de entre 8 y 10 años de edad, 20 en situación de institucionalización y 20 que vivían con su familia. Se aplicaron los siguientes instrumentos a ambas muestras: Cuestionario de Depresión Infantil (CDS), Cuestionario para obtener el tipo de familia, y se obtuvieron las calificaciones finales del ciclo escolar.

Se obtuvieron indicadores de depresión y rendimiento escolar en ambas muestras y se realizaron análisis de correlación para conocer si estar bajo situación de institucionalización influía en los índices de depresión y rendimiento escolar, así mismo se realizó una comparación entre los dos grupos con el fin de saber si existían diferencias significativas entre ellos.

En el estudio no se encontraron diferencias significativas en la variable depresión, entre niñas institucionalizadas y niñas que vivían en familia, sin embargo las niñas que vivían en casa hogar tendieron a mostrar mayor puntaje en las sub-escalas relacionadas a estados de infelicidad, asociadas con sentimientos y emociones correspondientes a contenidos de pensamientos negativos y actitudes de miedo, cólera y vergüenza. Con relación al rendimiento escolar, se encontraron mayores indicadores de bajo rendimiento en las materias de español y matemáticas en las niñas institucionalizadas. El autor concluye que no hay relación entre estar bajo la custodia de una institución y el nivel de depresión, pero sí la hay en lo relativo al rendimiento escolar en las materias mencionadas.

Sánchez y Casillas (2003) evaluaron las diferencias de orientación al logro entre menores institucionalizados en tres distintas etapas (refugio, transición y hogares grupales) y menores en situación de calle. Se trabajó con 120 adolescentes, 60 de sexo masculino y 60 de femenino, con edades entre 12 y

18 años. Se subdividieron en cuatro sub muestras, los de institución en etapa de refugio, de transición y de hogares grupales, y los de situación de calle; cada sub muestra comprendía 15 participantes de cada sexo. Se utilizaron dos instrumentos: la Escala de Orientación al Logro (EOL) y un Cuestionario de reactivos abiertos para obtener información socio-demográfica, motivos de salida de su casa, escolaridad y aspectos diversos como sexualidad y drogas.

Los autores encontraron que el maltrato físico y psicológico fueron la principal causa de salida de casa, casi la mitad (46%) llevaba más de tres años en la calle. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de orientación al logro, por etapa, entre los adolescentes institucionalizados y los que vivían en calle; sin embargo en la dimensión de competitividad, los menores en situación de calle y etapa de transición puntuaron más alto, en tanto que en las dimensiones de trabajo y maestría, quienes obtuvieron un puntaje mayor fueron los adolescentes institucionalizados, en las etapas refugio y hogares grupales.

Los autores concluyeron que no encontraron diferencias significativas debido a las características de la población, ya que, si bien cada grupo tenía características únicas, algunos niños de la calle ya habían participado en alguna de las etapas del modelo de institucionalización, rompiendo con el proceso. En lo referente a la competitividad observada en los menores de calle, se señala que puede ser motivado por el ambiente donde éstos se desenvuelven, donde se impone la “ley del más fuerte”, y los menores deben sobrevivir y satisfacer las necesidades básicas en el momento en que éstas surjan y con sus propios medios; por ello, se encuentran más motivados que los menores que viven en la casa hogar.

Con el fin de conocer si la institucionalización se relacionaba con factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria e imagen corporal, Ballesteros y González (2003) aplicaron el Cuestionario de alimentación y salud. La muestra estuvo conformada por 139 niños de 9 a 12 años de edad, 65 niños y niñas de casa hogar y 74 niños y niñas que vivían en familia. Los hallazgos encontrados refieren que los participantes de ambos grupos mostraron insatisfacción con su imagen corporal; sin embargo las niñas de ambos grupos y los varones de casa

hogar presentaron mayor riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, en tanto que los niños que vivían en familia fueron quienes corrían el menor riesgo.

Ruíz (2004) llevó a cabo una intervención psicoterapéutica con niños, encaminada a disminuir los síntomas de depresión, ansiedad y sufrimiento psicológico, derivados de la reciente separación y maltrato de sus padres. El estudio se llevó a cabo en el Albergue Temporal del Gobierno del Distrito Federal con nueve menores (4 niñas y 5 niños) de entre 9 y 11 años de edad.

La intervención se basó en los conceptos de terapia de juego, consistió en 12 sesiones de entre 90 y 120 minutos semanalmente, dirigidas por un terapeuta y un co-terapeuta. Se utilizaron diferentes estrategias: dinámicas, verbalizaciones de sentimientos y situaciones difíciles para ellos, juegos y dibujos, entre otras. La evaluación se realizó a través de formatos de auto-registro y de observación en cada sesión, no hubo un pretest y postest debido a la temporalidad de la situación. El grupo se planteó como un espacio seguro, en donde se trataba a los niños como valiosos y queridos, se compartían sentimientos y pensamientos como medio para trabajar la autoestima y el auto concepto, la tristeza y los sentimientos de abandono, entre otros.

La autora concluyó que hubo cambios significativos en la actitud de los menores, relacionados con una mayor participación e interés, incremento de la motivación, coherencia y congruencia entre las ideas que expresaban con los sentimientos y las conductas manifestadas; mejor atención, concentración, creatividad, capacidad de imaginación y de escucha; respeto de turnos, aumento en la capacidad para identificar y verbalizar sentimientos, mejor estado anímico y capacidad de interacción.

Delgado (2007) llevó a cabo una intervención psicoterapéutica con el objetivo de proporcionar, a menores institucionalizados temporalmente, herramientas psicológicas para comprender los motivos de su ingreso y así aminorar su confusión, angustia, culpa, sentimiento de pérdida y tristeza. El tratamiento consistió en 14 sesiones grupales de hora y media semanal, con nueve niños de ambos sexos, de entre 3 y 5 años de edad, en las instalaciones del

Albergue Temporal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. La evaluación se llevó a cabo a través de la observación del juego simbólico, de las verbalizaciones de los niños, y la interpretación que hizo la terapeuta de esos elementos. A partir de los objetivos planteados en el trabajo psicoterapéutico, la autora concluye que se cumplieron de manera significativa los propósitos de la intervención. Se proporcionaron herramientas psicológicas a los menores, se aminoraron sus sentimientos de culpa, se contuvieron los sentimientos de ira y enojo; también se disminuyeron la tristeza y la angustia, al poner en palabras las emociones y los sentimientos, y al simbolizar a través del juego la despedida de sus seres queridos.

López (2007) llevó a cabo un estudio cuyo objetivo fue incrementar la resiliencia y mejorar la calidad de la composición escrita en menores institucionalizados. Participaron siete niños entre 8 y 11 años de edad. Se utilizaron los siguientes instrumentos: perfil del niño con rasgos de resiliencia, escala de evaluación de resiliencia, inventario de ejecución académica, listado de indicadores de factores protectores ambientales de rasgos resilientes, listado de habilidades e intereses hacia la escritura, así como bitácora individual, grupal y rúbrica, para evaluar escritura. La intervención consistió en 15 sesiones de hora y media, una vez a la semana. Se utilizó un diseño pretest-postest.

La autora menciona que, de acuerdo a los análisis realizados, tanto de los datos como de las notas de campo (observaciones y registros anecdóticos), los niños pudieron establecer vínculos positivos, seguir en mayor medida los límites, desarrollaron estrategias de solución de conflictos e incrementaron sus habilidades e intereses en la escritura. Por otro lado, se desarrollaron algunas habilidades de composición escrita (como incrementar el número de oraciones y la calidad organizativa), mientras que otras capacidades como la normativa y estructura, lograron un desarrollo positivo sólo en la mitad de los niños.

Finalmente, se concluyó que la resiliencia se pudo promover en los niños mediante la mejora del factor protector interno de rendimiento académico, a través de la competencia de composición escrita y de la construcción de un ambiente socio afectivo protector, promotor de la interacción positiva entre los

niños y el facilitador; ello permitió el incremento de la participación de los integrantes y la creación de un ambiente con límites firmes que facilitaron la convivencia, la adquisición de conocimientos, el logro de metas y la adquisición de habilidades para la vida.

Arellano (2007) diseñó un programa dirigido a fortalecer la autoestima y la conducta resiliente, el programa estuvo basado en conceptos del enfoque investigación-acción. El estudio se llevó a cabo en una casa hogar con niños de entre 11 y 12 años de edad. Los instrumentos aplicados fueron: Test de autoestima cinco escalas para niños, perfil de un niño con rasgos de resiliencia, Escala de medición de resiliencia en niños y organizador grafico T-chart; todos los instrumentos se aplicaron antes y después del tratamiento, adicionalmente se emplearon registros anecdóticos y notas de campo. La intervención consistió en 15 sesiones semanales de hora y media. Se emplearon las siguientes estrategias: juego de roles, pláticas con apoyo audiovisual, discusión grupal y reforzamiento social. El autor considera que los objetivos se cumplieron, que hubo un aumento en los indicadores de resiliencia y en la autoestima; señala que, aunque hubo un incremento en las variables mencionadas, estos resultados no pueden generalizarse.

Ulloa y Ampudia (2007) realizaron un estudio con menores institucionalizados, con el objetivo de identificar indicadores emocionales en niños expuestos a situaciones de maltrato. Se trabajó con 20 menores, de los cuales 8 eran niños y 12 niñas, todos entre 5 y 11 años de edad, quienes se encontraban dentro del Albergue Temporal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. Se utilizó el Cuestionario Sociodemográfico y la Lista checable de indicadores emocionales para identificar el maltrato infantil. Se determinó la presencia de los indicadores emocionales en los menores a través de la observación.

Los autores observaron la presencia de variables familiares que reflejan la falta de un ambiente estable, que provea un óptimo equilibrio emocional en los menores. Se encontró que el maltrato más común es el físico, el emocional y la negligencia; siendo los menores maltratados integrantes de familias numerosas y de bajos recursos económicos, donde la madre constituía la principal figura parental cercana, y fungía como responsable del cuidado del menor; la figura

del padre estuvo ausente en la mayoría de los casos, la madre fue ubicada como la principal generadora de violencia, seguida del padre, padrastro y otros. El estudio mostró que se maltrata a niños y niñas por igual, y que los más vulnerables y maltratados son los menores en edad escolar y preescolar.

Los autores concluyeron que las víctimas de maltrato presentan problemas de conducta y agresividad, lo que altera de manera significativa sus relaciones interpersonales y la forma de responder emocionalmente al ambiente.

Como puede observarse de la exposición anterior, dentro de las investigaciones que se han realizado en México con esta población, predominan los estudios de evaluación psicológica, de tipo descriptivo y correlacional, los cuales han proporcionado alguna información acerca de la situación de estos menores, así como de la necesidad de plantear programas de prevención o intervención.

Con respecto a los pocos reportes de intervención en México, expuestos anteriormente, se observa la falta de sistematización, la carencia de pautas que permitan saber cuáles fueron los procedimientos, actividades y estrategias utilizadas, de modo que puedan replicarse; en la mayoría de los estudios se observa la ausencia de una evaluación objetiva, previa y posterior al tratamiento, que permita determinar el grado de efectividad del programa aplicado, así como la evaluación del cumplimiento de los objetivos. También salta a la vista la ausencia de un seguimiento de los efectos de la intervención, lo que impide conocer si hubo mantenimiento de sus efectos a mediano y largo plazo; además de que los resultados y las conclusiones no siempre se presentan a partir de los análisis estadísticos propuestos, sino a partir de inferencias del análisis del trabajo de campo, y de la interpretación que el terapeuta hace de los elementos contemplados en la terapia. Por otro lado, en ocasiones los instrumentos que se utilizan en algunos estudios no están validados, estandarizados y adaptados a la población infantil mexicana, y menos aún a la población institucionalizada.

En realidad, se cuenta con pocas investigaciones realizadas con poblaciones de menores mexicanos en situación de institucionalización, lo que implica

contar con datos reducidos y programas poco sistemáticos, que no permiten dar respuesta a esta problemática de grandes dimensiones. Es en este contexto que, independientemente de las aportaciones que llevan a cabo y de la utilidad que reporten, resalta la necesidad de hacer investigaciones más sistemáticas, de contar con estudios que proporcionen información sobre las características que presentan los niños mexicanos en situación de institucionalización, de elaborar intervenciones ex profeso para esta población, acorde a sus necesidades, y que puedan ser una opción de tratamiento para aumentar la calidad de vida en niños institucionalizados mexicanos.

La revisión presentada en este primer capítulo permite contar con un amplio panorama de las condiciones generales que presentan los niños y adolescentes que viven bajo esta condición. Estar institucionalizado es una condición que genera efectos adversos en el desarrollo de diversas áreas del funcionamiento infantil. Las instituciones tienen como función proveer y brindar seguridad social a los menores que viven en ella, porque constituye una opción valiosa cuando los menores sufren de abandono o maltrato en su núcleo de origen, dado que cumplen con el objetivo de posibilitar la supervivencia de los menores. Pero, desafortunadamente, la vida institucional no iguala ni proporciona las mismas oportunidades de desarrollo, que un menor puede encontrar en casa con una familia responsable. Dentro de los efectos adversos que pueden generarse en los menores, se encuentra una variedad de problemas, déficits o trastornos en el desarrollo físico, psicológico, cognoscitivo y social.

Esos efectos adversos pueden explicarse debido a dos condiciones, la primera por efecto de la privación del vínculo materno, ya que la literatura reporta que privar a los infantes del contacto materno o de un cuidador estable es un factor que lleva al infante a perturbaciones emocionales; adicionalmente, la separación prolongada o permanente influye en el sano desarrollo del menor, a mayor tiempo de separación, mayor daño (Spitz, 1969). La segunda condición se relaciona con las características medioambientales de la vida del orfanato, donde se tiene una limitada exposición a materiales estimulantes e interacciones sociales, escasas oportunidades de intercambio con los

cuidadores o los pares; insuficiente número de cuidadores cuya rotación suele ser frecuente, lo que imposibilita la creación de vínculos afectivos entre ellos. La escasez de recursos humanos, materiales, servicios y la estructura misma de la institución, hacen difícil igualar las condiciones que se generan a lo interno de la familia, trayendo consigo una cantidad considerable de retrasos y deficiencias en el desarrollo físico, cognitivo, afectivo, psicológico y social de los menores que ahí viven.

Dentro de la variedad de problemas que los menores suelen mostrar, se destaca mayor índice de problemas psicológicos tales como ansiedad, depresión, baja autoestima, agresión, así como problemas para establecer vínculos de apego. Entre los problemas sociales se encuentran déficits en el desarrollo de las habilidades sociales, que impiden el establecimiento de relaciones sociales y vínculos con el otro, condición para el desarrollo de habilidades sociales más elaboradas, necesarias para su integración a la sociedad y sano desarrollo. La relevancia de la ausencia o el déficit en habilidades sociales, radica en que propicia el aislamiento social y dificulta las relaciones con los pares, la familia y los maestros, lo cual está asociado a diversas formas de psicopatologías, de ahí la importancia de revisar y analizar los aspectos relacionados con las habilidades sociales.

El capítulo siguiente abordará un panorama sobre los planteamientos disponibles en la literatura psicológica, para el estudio e intervención sobre habilidades sociales.

CAPÍTULO 2

HABILIDADES SOCIALES

El término *habilidades sociales* ha evolucionado notablemente desde sus orígenes hasta la fecha, a la par del desarrollo de la teoría del aprendizaje social; esta teoría explica cómo se desarrollan, establecen y predicen las pautas de conducta social, partiendo de ciertos principios de aprendizaje, lo cual posibilita generar estrategias para su entrenamiento. Dentro de este campo, se han llevado a cabo numerosos estudios, que refieren la importancia del desarrollo de las habilidades sociales, así como su relación con el ajuste psicológico de los menores –niños y adolescentes-, tanto a mediano como a largo plazo.

Antecedentes históricos

El movimiento de las habilidades sociales (HHSS) tiene una serie de raíces históricas. Caballo (1993) hace una revisión de la historia de este constructo, refiere que los primeros trabajos se remontan a diversos estudios realizados con niños, por autores como Jack (1934), Murphy, Murphy y Newcomb (1937), Page (1936), Thompson (1952) y Williams (1935); los autores citados estudiaron diversos aspectos de la conducta social en niños. Otras influencias importantes se encuentran en los escritos de Moreno (1969) sobre psicodrama (representaciones escenificadas de las actitudes y conflictos que los pacientes tienen en la vida real), así como el trabajo de Ellis y Abrahams (1983) quienes utilizaron procedimientos similares a los incluidos en el entrenamiento de las habilidades sociales empleados actualmente.

Sin embargo, según señala Caballo (1993), el estudio científico y sistemático del tema tiene principalmente tres fuentes. La primera se apoya en el trabajo temprano de Salter (1949), denominado Conditioned Reflex Therapy (Terapia de reflejos condicionados), fundamentado en las investigaciones de Pavlov sobre la actividad nerviosa superior; este autor expone seis técnicas para aumentar la expresividad de los individuos, que son: la expresión verbal y la expresión facial de las emociones, el uso de la primera persona al hablar, estar

de acuerdo cuando se reciben cumplidos o alabanzas, expresar desacuerdo, y la improvisación.

Continuando con la revisión realizada por Caballo, Wolpe (1958) fue el primer autor en emplear el término *asertividad*, que luego llegaría a ser sinónimo de habilidad social. Con este autor dio inicio el movimiento denominado Entrenamiento Asertivo (ES), con su método para tratar la ansiedad y facilitar la expresión de sentimientos; definió la asertividad como la expresión adecuada de cualquier emoción (amistad, cariño y otros) que no fuera la ansiedad con relación a otra persona. Lazarus (1973) incluyó el entrenamiento asertivo como una técnica de terapia de conducta para su empleo en la práctica clínica. En los años setenta, el campo de las habilidades sociales continuaría avanzando, al publicarse el primer libro dedicado al tema de la asertividad (o habilidades sociales) *Your perfect right (Estás en tu perfecto derecho)*, escrito por Alberti y Emmons (1970).

Una segunda fuente del campo de las habilidades sociales la constituyen los trabajos de Zigler y Phillips (1961) sobre la competencia social. Esta área de investigación con adultos institucionalizados mostró que, cuanto mayor es la competencia social previa de pacientes psiquiátricos, menor es la duración de la estancia y más baja la tasa de recaídas. Es decir, mientras más habilidades sociales se posean, menos vulnerabilidad de padecer algún trastorno y más fácil su recuperación.

Finalmente, una tercera fuente del movimiento de las habilidades sociales nace en Oxford, Inglaterra, con el concepto de habilidad aplicado a las interacciones hombre-máquina, la analogía con estos sistemas implicaba características perceptivas, decisorias, motoras y otras relativas al procesamiento de la información. La aplicación del concepto de habilidad a los sistemas hombre-hombre dio pie a numerosas investigaciones sobre las habilidades sociales en Inglaterra (Argyle, 1967; en Caballo, 1993).

El concepto de habilidades sociales ha tenido una evolución, así como distintas connotaciones. En un primer momento, Salter empleó la expresión "personalidad excitatoria" que más tarde Wolpe sustituiría por la de conducta

asertiva. Es hasta mediados de la década de los setenta que el término de habilidades sociales empezó a tomar fuerza como sustituto de conducta asertiva. Durante bastante tiempo se utilizaron de forma intercambiable ambos términos, la expresión entrenamiento asertivo o entrenamiento en habilidades sociales se utilizaba indistintamente. Es importante notar que los términos entrenamiento asertivo y entrenamiento en habilidades sociales designan prácticamente al mismo conjunto de elementos de tratamiento y el mismo grupo de categorías a entrenar.

Posteriormente surge el término aprendizaje estructurado, el cual es equivalente a los anteriores pero sólo fue utilizado por Goldstein, Sprafkin, Gershaw y Klein (1989), quienes denominan al entrenamiento en habilidades sociales como aprendizaje estructurado. Sus características más importantes consisten en la utilización de diversas técnicas audiovisuales e instruccionales, con el fin de enseñar a modificar las deficiencias en las habilidades personales, aumentar la capacidad de aprendizaje y, en consecuencia, llevar una vida más efectiva y satisfactoria. Este modelo contempla al sujeto más en términos pedagógicos y educativos que como paciente que necesita terapia, enfatizan los aspectos positivos del funcionamiento, así como la implicación activa y directa del sujeto en la intervención; su objetivo es la enseñanza activa y deliberada de comportamientos adaptativos y deseables, para lo cual utilizan técnicas derivadas de la teoría del aprendizaje social, como el modelamiento y el ensayo conductual, y de la pedagogía, como el aprendizaje instruccional.

Caballo concluye su revisión aclarando que se han utilizado con cierta frecuencia como sinónimos los términos habilidades sociales y competencia social, sin embargo señalan aspectos diferentes del campo de las HHSS.

Definición de competencia social

El término de competencia social envuelve tres componentes, el sociafectivo (apego, expresividad y autocontrol), el sociocognitivo (conocimiento social, toma de perspectiva, atribuciones y razonamiento moral), y la conducta social (comunicación verbal o no verbal, cooperación, apoyo, habilidades de participación, manejo de conflictos), conjugados en el interactivo. Estos

componentes hacen referencia a habilidades y conocimientos necesarios para desenvolverse con éxito en las distintas interacciones sociales.

La competencia social es el resultado del intercambio social, el que determina que un grupo de habilidades sean efectivas o no. Cuando la persona fracasa en este intercambio, ya sea por no impactar o por impactar negativamente a su entorno social, se la considera socialmente incompetente (Hernández, 1999); de este modo, no es suficiente que una persona muestre habilidades, es importante que éstas sean eficaces al promover una respuesta de aceptación en otras personas, para considerarla socialmente competente.

De este modo, la competencia social hace referencia a la evaluación realizada por un agente social del contexto (padre, profesor, hermano, entre otros) acerca de la capacidad de un individuo para adecuar su comportamiento social a una situación determinada. Se trata de un juicio evaluativo ante un constructo de carácter multidimensional, que incluirá distintas conductas sociales (Luca de Tena, Rodríguez & Sureda, 2001). Dicha definición implica la posibilidad de que una persona incompetente tenga algunas de las habilidades, pero no todas las que se requieren para ejecutar competentemente una tarea dada. La definición también implica que una persona que ejecuta una tarea, necesariamente tiene todas las habilidades requeridas para hacerlo (Caballo, 1993).

Por otro lado, el término habilidad indica un conjunto de comportamientos aprendidos y adquiridos, por medio del entrenamiento o de la práctica, no se trata de un rasgo de personalidad, de algo más o menos innato. Los comportamientos que señala el término habilidad social refieren sólo una parte del intercambio social, excluyendo el efecto que el comportamiento ejerce sobre el contexto social. Por otra parte, el término competencia social refiere con mayor claridad la interacción detrás de lo que ocurre cuando una persona se vincula con su grupo social (Hernández, 1999, p. 4).

Más específicamente, el término competencia se refiere a una generalización evaluativa de una tarea determinada, mientras que el término de habilidades se refiere a capacidades específicas. Por lo anterior, el presente trabajo se enfocará al concepto de habilidades sociales, por considerarse más adecuado

con relación al tema que se adopta, relacionado con el desarrollo de un conjunto de habilidades específicas para mejorar las relaciones interpersonales de niños y adolescentes institucionalizados, que, por su condición de vulnerabilidad, muestran evidencia de sus dificultades emocionales y sociales.

En la presente investigación se utilizó el término habilidades sociales para referir un conjunto de habilidades de esa índole, entre las cuales se incluye la asertividad. Se considera importante aclarar que, para exponer los planteamientos y hallazgos en el campo, se respetó el concepto que utiliza cada autor, pero considerando como sinónimos de habilidades sociales, términos tales como: comportamiento adaptativo, habilidades interpersonales, conducta interpersonal, intercambio social, conducta social.

El término habilidades sociales ha ido evolucionando, cambiando, y adquiriendo su propia significación a través de los años, pero ¿cuáles son los elementos que lo connotan? En realidad no hay una definición absoluta o global, o una que sea aceptada universalmente. Se revisarán las diferentes significaciones y coincidencias que le han dado distintos autores.

Definición de habilidades sociales/asertividad

A lo largo del desarrollo de la psicología, y desde diferentes perspectivas teóricas se han aportado definiciones del término *habilidades sociales*. Para tener claridad en el tema, a continuación se presentan algunas de estas definiciones, ordenadas cronológicamente.

Como se mencionó anteriormente, Wolpe (1958) introduce por primera vez el concepto de conducta asertiva, lo define como la expresión adecuada de cualquier emoción diferente de la ansiedad. Alberti y Emmons (1970) definen asertividad como una conducta que permite a una persona actuar de acuerdo a sus intereses, promueve la igualdad en las relaciones humanas, permite defender opiniones sin sentir culpa y expresar sentimientos para ejercer los derechos personales, sin transgredir los del otro ni sentir ansiedad.

Más tarde, Michelson, Sugai, Wood y Kazdin (1987) definieron la conducta socialmente habilidosa como un repertorio de comportamientos verbales y no

verbales, a través de los cuales se incluyen las respuestas de otros individuos en el contexto interpersonal. Este repertorio actúa como un mecanismo a través del cual el sujeto actúa sobre su medio ambiente, obteniendo, suprimiendo o evitando consecuencias deseadas y no deseadas en la esfera social. En la medida en que una persona tiene éxito para obtener las consecuencias deseadas y evitar o escapar de las no deseadas, sin causar dolor a los demás, se considera que tiene habilidades sociales.

León y Medina (1998) definen la habilidad social como la capacidad de ejecutar aquellas conductas aprendidas que cubren las necesidades de comunicación interpersonal y/o responden a las exigencias y demandas de las situaciones sociales de forma efectiva, tales como conseguir reforzadores en situaciones de interacción social, mantener o mejorar la relación con otra persona en la interacción interpersonal, impedir el bloqueo del refuerzo social (o mediado socialmente), mantener la autoestima y disminuir el estrés asociado a situaciones interpersonales conflictivas.

Méndez, Olivares y Ros (1998) se refieren a las habilidades sociales como el conjunto de conductas emitidas por un individuo en una situación interpersonal, que expresa y describe opiniones, sentimientos y deseos, que conversa, defiende y respeta los derechos personales de un modo adecuado, aumentando la posibilidad de reforzamiento y disminuyendo la probabilidad de problemas en las interacciones sociales.

Monjas (1999) considera las habilidades sociales como las capacidades específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea de índole interpersonal. Son las conductas necesarias para interactuar y relacionarse con los iguales y con los adultos, en forma efectiva y mutuamente satisfactoria.

Luca de Tena *et al.* (2001) mencionan que las habilidades sociales son aquellos comportamientos o pensamientos que llevan a resolver una situación social ya sean conflictos, situaciones o tareas sociales, de manera efectiva, es decir, aceptable para el propio sujeto y para el contexto social en el que está.

Ribes, Bisquerra, Agulló, Fililla y Soldevila (2005) definen las habilidades interpersonales como la capacidad de establecer relaciones sociales satisfactorias, lo cual implica reconocer las emociones de los demás, ayudar a otras personas a sentirse bien, desarrollar la empatía, ser asertivo y solucionar conflictos.

Caballo (2009) define la conducta socialmente habilidosa como el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de una persona, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras que minimiza la probabilidad de futuros problemas.

Como puede observarse, en general existe coincidencia entre los diferentes autores que definen las habilidades sociales. Consideran tanto el contenido, es decir opiniones, sentimientos y deseos, como las consecuencias y el refuerzo social. Las definiciones más recientes incorporan aspectos que incluyen la obtención de satisfacción de todas las personas que intervienen en una interacción interpersonal, y ponen énfasis en la utilidad de estas habilidades para lograr una vida socialmente adaptada. También es necesario resaltar aquí que en las distintas definiciones está, implícita o explícitamente, planteada la importancia que tienen las relaciones sociales para lograr el ajuste psicológico en todas las personas, y que tales habilidades se desarrollan a lo largo de la vida de un individuo, especialmente durante la infancia y la adolescencia. De ahí la importancia de revisar las dimensiones y componentes de las habilidades sociales para el tratamiento de diferentes problemáticas.

Categorización de habilidades sociales / asertividad

El concepto de habilidades sociales implica que la conducta interpersonal consiste en un conjunto de capacidades de actuación susceptibles de ser aprendidas, por lo tanto para llevar a cabo este aprendizaje es necesario descomponerla en sus diferentes niveles y componentes, desde el más básico que sería el nivel molecular, el molar, hasta aquellos componentes más

elaborados que requieren del dominio de diversas habilidades para poder ser entrenadas y posteriormente ejecutadas eficientemente.

Lazarus (1973) fue uno de los primeros en establecer, desde la perspectiva clínica, las principales clases de respuesta o dimensiones conductuales que abarca la asertividad: la capacidad de decir no, la capacidad para pedir favores y hacer peticiones, la capacidad para expresar sentimientos positivos y negativos, y la capacidad para iniciar, mantener y terminar conversaciones.

Son diversas las clases de respuesta que se han propuesto posteriormente, la mayor parte de estas respuestas verbales están relacionadas con las categorías mencionadas y giran alrededor de esos cuatro tipos de respuesta. De acuerdo con Caballo, 1988; 1993; 1996; 2009; Del Prette y Del Prette, 2002; Gil y León, 1998; y Gismero, 2002, las dimensiones conductuales de las habilidades sociales más aceptadas en la literatura son las siguientes: defensa de los derechos propios, hacer peticiones, rechazar peticiones, hacer cumplidos, aceptar cumplidos, iniciar, mantener y terminar conversaciones, expresión de sentimientos positivos, expresión de sentimientos negativos, expresión de opiniones personales incluido el desacuerdo, solicitud de cambios de conducta, disculparse o admitir ignorancia y afrontar las críticas.

El uso explícito del término habilidades significa que la conducta interpersonal consiste en un conjunto de capacidades de actuación aprendidas. El modelo conductual enfatiza, por un lado, que la capacidad de respuesta tiene que adquirirse, y por otro, que consiste en un conjunto identificable de capacidades específicas. Además, la probabilidad de ocurrencia de cualquier habilidad en cualquier situación crítica está determinada por factores ambientales, variables de la persona y la interacción entre ambos. Una adecuada conceptualización de la conducta socialmente habilidosa implica la especificación de tres componentes de la habilidad social: una dimensión conductual (tipo de habilidad), una dimensión personal (las variables cognoscitivas), y una dimensión situacional (el contexto ambiental), según expone Caballo (1993). Por su parte, León y Medina (1998) mencionan que las dimensiones o componentes de las habilidades sociales, tradicionalmente, han establecido la distinción entre los elementos conductuales, cognoscitivos y psicofisiológicos.

Componentes de las habilidades sociales

Valles (1994) clasifica los componentes de las habilidades sociales en tres rubros, que abarcan el aspecto conductual, cognitivo y fisiológico, dentro de los cuales se encuentran los componentes no verbales (mirada, sonrisa, gestos, expresión facial, postura corporal, entre otros); los componentes paralingüísticos (voz, volumen, claridad, timbre, fluidez, velocidad, etcétera), y los componentes verbales (hablar, saludar, iniciar, mantener y terminar una conversación, aceptar las críticas justas y rechazar las injustas, pedir disculpas, hacer preguntas, defender los propios derechos, entre otros).

En cuanto a los componentes cognitivos, el autor hace referencia a las habilidades de percepción social (tales como familiaridad y distancia), a variables propiamente cognitivas (solución de conflictos, que básicamente se refiere a identificar conflictos interpersonales, anticipar consecuencias, entre otras), y autocontrol. Finalmente, dentro de los componentes fisiológicos y afectivos se encuentran las manifestaciones psicofisiológicas (presión sanguínea, respuesta cardíaca, relajación, respiración, etcétera) y componentes afectivo emocionales (expresión de emociones, habilidades de relajación, entre otros).

El enfoque de las habilidades sociales, utiliza distintos niveles de análisis: el nivel molecular y el molar. El primero toma como punto de referencia componentes conductuales específicos y observables de las habilidades sociales; el nivel molar considera a dos o más elementos componentes de las habilidades sociales y a sus interacciones, a la hora de configurar la capacidad de actuar con efectividad en una clase de situaciones, y se considera también un nivel intermedio, que se centra en la interacción de los juicios globales y de las medidas moleculares, es decir, en la relevancia social de ciertas respuestas o patrones de conducta (León & Medina, 1998).

Las habilidades sociales, al tratarse de comportamientos que las personas muestran en situaciones de interacción social, constituyen respuestas específicas a las exigencias que plantean dichas situaciones, lo que hace necesario desarrollar en las personas repertorios flexibles y variados de

conductas sociales, en vez de patrones rígidos e uniformes. Los comportamientos sociales constan de distintos componentes: motores, cognitivos y psicofisiológicos (Paz, Sáenz & Gil, 1999).

Según estos autores, el componente motor de una habilidad es su ejecución: cómo se hace y qué movimientos o verbalizaciones trae consigo; el componente cognitivo de un comportamiento social es lo que se piensa, los pensamientos que condicionan con frecuencia nuestros comportamientos; el componente psicofisiológico se refiere a las respuestas emocionales que acompañan a las conductas sociales. Entrenar una habilidad conlleva el entrenamiento de todos los componentes. El entrenamiento y la evaluación continua del proceso se centran especialmente en el componente motor, por ser el que mejor se puede observar.

Como se evidencia de los planteamientos anteriores, son numerosos los aspectos involucrados que implican el desarrollo de habilidades sociales, e involucran diversos componentes. Ahora bien, existe una serie de principios que explican, tanto el comportamiento humano como la forma en que se adquieren los componentes motores o cognitivos de los aprendizajes mencionados, es decir cómo se aprenden esos movimientos, de qué manera los pensamientos condicionan nuestros comportamientos y qué hace que elijamos una respuesta u otra, de acuerdo al contexto. El aprendizaje observacional explica el proceso básico de transmisión social, en el cual se enseña el lenguaje, el estilo de vida y las costumbres de una cultura; explica la conducta social y con ello los fundamentos teóricos del entrenamiento de las habilidades sociales.

Teoría del aprendizaje social. Fundamentos conceptuales del entrenamiento en habilidades sociales

Bandura (1982) refiere una serie de fenómenos a través de los cuales se da el aprendizaje de la conducta social. Formula la teoría del aprendizaje social para explicar cómo se adquieren estas pautas y cómo se regulan, gracias a la acción recíproca entre las fuentes de influencia generadas por el propio sujeto y aquellas que tienen origen externo.

La teoría del aprendizaje social postula que el desarrollo de la conducta, incluido el estilo interpersonal, puede describirse, explicarse y predecirse partiendo de ciertos principios. Las habilidades sociales se adquieren normalmente como consecuencia de varios mecanismos de aprendizaje. Entre ellos, el aprendizaje por experiencia directa, el aprendizaje vicario u observacional, el aprendizaje verbal o instruccional, el aprendizaje por feedback o retroalimentación interpersonal, así como el aprendizaje de habilidades y desarrollo de expectativas cognitivas respecto a situaciones interpersonales. A continuación se describen brevemente estos mecanismos de aprendizaje social.

a) Aprendizaje por experiencia directa (o refuerzo): donde las conductas interpersonales están en función de las consecuencias, reforzantes o aversivas, aplicadas por el entorno después de cada comportamiento social. Bandura (1982) afirma que este mecanismo está basado en la experiencia directa y es el que se debe a los efectos positivos y negativos que producen las acciones en los sucesos cotidianos, algunas respuestas tienen éxito y otras no tienen ningún efecto o son castigadas.

A través del proceso de reforzamiento diferencial llega un momento en que se seleccionan las formas de respuesta que han tenido éxito y se descartan las que han sido ineficaces. El aprendizaje por refuerzo se va formando por las consecuencias inmediatas -que tienen funciones informativas, motivadoras y reforzantes-, donde el sujeto autorregula su conducta, a través de las consecuencias que ésta tiene en el ambiente. Ello constituye un medio eficiente para regular las conductas que ya se han aprendido, pero es relativamente ineficaz para crearlas.

Aun cuando hay una amplia gama de influencias del reforzamiento, entre ellas las consecuencias externas, las vicarias y las generadas por el propio sujeto, la conducta está regulada, en muy alto grado, por sus consecuencias directas. Los individuos tienden a descartar las conductas que no son recompensadas, o que tienen como efecto el castigo, y a mantienen aquellas que producen resultados recompensantes. Las consecuencias de la conducta determinan a ésta, en gran parte gracias a su valor informativo e incentivo. Las

consecuencias de las respuestas influyen en la conducta de una forma antecedente, porque crean la expectativa de que en futuras ocasiones los resultados serán similares. La probabilidad de ciertas acciones aumenta por la recompensa anticipada y la de otras disminuye por el castigo anticipado. La conducta se relaciona con sus consecuencias reforzantes a un nivel global, y no por las consecuencias momentáneas.

Las consecuencias externas suelen ser muy influyentes, también, porque determinan una historia de reforzamiento y consecuencias auto producidas, aspectos que influyen sobre la conducta. Existe una serie de factores que rigen la forma en que la historia del reforzamiento personal moldea el desarrollo natural de las habilidades sociales. El primero es el valor subjetivo de los hechos, que puede servir de reforzador; éste se define en términos de su valor funcional para aumentar la probabilidad de que se repita la conducta que le precede.

El valor reforzante varía de individuo a individuo, si las consecuencias sociales no son reforzadores importantes para alguien, es probable que las habilidades sociales que conducen a tales resultados se desarrollen deficientemente (Kelly, 1992).

Otro aspecto que influye en el aprendizaje directo de habilidades está relacionado con la especificidad de las circunstancias bajo las cuales se produce el reforzamiento. Las habilidades sociales difieren tanto funcional como cualitativamente, en función de la naturaleza de la situación interpersonal. Por lo tanto, el hecho de que se emita un tipo u otro de habilidad, a través de diferentes situaciones, puede estar determinado por la historia de reforzamiento del individuo con respecto a la conducta en cuestión (Kelly, 1992).

B) Aprendizaje vicario u observacional (modelado). Casi todos los fenómenos de aprendizaje que resultan de la experiencia directa se dan en forma vicaria: observando las conductas de las otras personas y las consecuencias de esas conductas. Es la capacidad de aprender por observación, que permite a las personas adquirir pautas de conducta amplias e integradas, sin tener que aprenderlas a través del proceso de ensayo y error (Kelly, 1992).

Bandura (1982) considera que a través de la observación de modelos competentes, es decir del modelado, las personas son capaces de transmitir y de aprender nuevas formas de conducta. Es por ello que la mayor parte de la conducta se aprende a través de la observación, al observar a los demás nos hacemos idea de cómo se efectúan las conductas nuevas y se adquieren representaciones simbólicas de las actividades efectuadas por el modelo. El aprendizaje por observación está dirigido por cuatro procesos que lo componen: proceso de atención, retención, reproducción motora y motivacionales. El proceso básico de modelado se transmite mediante palabras, representaciones plásticas o acciones reales, y éstas pueden ser tanto presentes como simbólicos.

La exposición a un modelo puede conllevar a alguno de estos tres efectos: el efecto de modelado, en el que el observador, por el hecho de ver al modelo, adquiere una nueva conducta que no emitía previamente; el efecto de desinhibición, según el cual la exposición al modelo hace que el observador emita con más frecuencia una conducta que ya existía, y el efecto de inhibición, por el cual el observador reduce la frecuencia de emisión de una conducta que era frecuente antes del modelado.

Hay diversas variables que tienden a facilitar el aprendizaje a través del procedimiento de modelado, entre éstas, las características de los modelos, los atributos de los observadores y las consecuencias de respuesta asociadas a la conducta de imitación.

Con relación al modelo, el aprendizaje se facilita si éste tiene una edad similar o ligeramente superior, así como el mismo sexo que el observador; si se muestra cálido y afectuoso; si el observador se percibe con cierta similitud respecto al modelo. Si muestra una posición alta, mayor competencia, poder o prestigio, es más eficaz para provocar una conducta similar en otros que el que ocupa una posición más baja. Con respecto al observador, parecen más propensos a adoptar la conducta de los modelos de éxito aquellos que carecen de confianza en sí mismos o de autoestima, los dependientes, y aquellos que han recibido recompensas frecuentes por imitar. Sin embargo, con respecto a conductas sin gran valor funcional, las personas observadoras y que confían en

sí mismas, emulan con facilidad a modelos idealizados o a otros cuya conducta es muy útil. Finalmente, la última variable se refiere a que el observador perciba consecuencias reforzantes de la conducta social del modelo (reforzamiento vicario), ya que si observa castigo (castigo vicario) se reduce la probabilidad de llevar a cabo la conducta imitativa; también influye la historia del aprendizaje particular del observador respecto de situaciones parecidas a las que observa en el modelo (Bandura & Walters, 1974).

Las condiciones bajo las cuales el desarrollo natural de las competencias sociales deja de ocurrir, se presentan cuando el niño carece de modelos apropiados, debido a una situación de aislamiento con menos oportunidades de observar cómo otras personas manejan adecuadamente las situaciones interpersonales. Los individuos que tienen menos oportunidades de interactuar con compañeros hábiles tendrán, por tanto, menos oportunidades de aprender por observación. Así, un niño con pocos amigos estará más aislado de los compañeros al jugar en la escuela o a la salida de clase. El aislamiento físico de los compañeros reduce en sí la exposición a modelos hábiles, y por lo tanto, la probabilidad de que el niño sea reforzado por mostrar habilidades de interacción adecuadas (Kelly, 1992).

La ausencia de modelos apropiados es especialmente patente en personas institucionalizadas. Dentro del confinamiento institucional son muy pocos los menores que exhiben las habilidades sociales, que serían adaptativas en un ambiente no institucional; de hecho, las conductas sociales modeladas en el ámbito residencial pueden resultar desadaptativas fuera de él. Desde la perspectiva del aprendizaje social, la relativa ausencia de modelos expertos reduce las posibilidades de que los niños y adolescentes aprendan por observación conductas adaptativas, y también, de que las habilidades apropiadas, en caso de que lleguen a emitirse, sean reforzadas por los que están en la misma situación. La probabilidad de que decrezca el aprendizaje de habilidades sociales a través del modelado, se presenta en aquellos tipos de situación interpersonal en que las personas raramente tienen posibilidad de observar a otros (Kelly, 1992).

C) Aprendizaje verbal o instruccional: el sujeto aprende a través de lo que se le dice por medio del lenguaje hablado, puede ser con el uso de preguntas, instrucciones, incitaciones, explicaciones o sugerencias verbales; por lo que gran parte de la conducta social, como las reglas, se adquieren a través de este tipo de instrucción y no es necesario descubrirlas por experiencia directa.

D) Aprendizaje por feedback o retroalimentación interpersonal: se relaciona con la información o explicación, por parte de observadores, de la manera en que se ha presentado nuestro comportamiento. Este procedimiento ayuda a que un individuo continúe o corrija su conducta, sin necesidad de ensayos de aprendizaje directo por exposición a consecuencias (Bandura y Walters, 1974).

A medida que los individuos van ganando práctica en el manejo de ciertas situaciones sociales, y desarrollando habilidades adaptativas que acarrearán consecuencias favorables, su conducta mejora. Si una conducta social en una situación dada se refuerza por sus buenos resultados, no solamente tenderá a repetirse sino que irá mejorando su efectividad a lo largo del tiempo. El feedback o retroalimentación se constituye, así, en un mecanismo importante para el ajuste y el refinamiento de las habilidades.

En contextos sociales, la retroalimentación es la información por medio de la cual la otra persona nos comunica su reacción ante nuestra conducta, y puede ser positiva o negativa. Cuando es positiva fortalece aspectos de la conducta social, cuando es negativa, actúa debilitando aspectos particulares de la conducta. El feedback puede llegar a considerarse un reforzamiento social si es administrado contingentemente por la otra persona durante la interacción. También puede ser considerado como una ausencia de reforzamiento, cuando el feedback es negativo (Kelly, 1992).

Para ejercer su máximo efecto, el feedback se asocia con elementos específicos de la conducta, y se comunica verbal y directamente al individuo. Entonces con la información aportada, el receptor estará mejor capacitado para cambiar y aumentar su influencia sobre los demás, al brindar la oportunidad de mantener o eliminar ciertas conductas, dado que la información proporcionada por el feedback es explícita.

e) Aprendizaje de habilidades y desarrollo de expectativas cognitivas respecto a las situaciones interpersonales. Otra característica de la teoría del aprendizaje social es el papel que le concede a las capacidades autorregulatorias, a la expectativa cognitiva que el sujeto tenga de desenvolverse con éxito en una situación dada. Las personas pueden ejercer un control sobre su propia conducta, disponiendo de factores ambientales que la inducen, generando apoyos cognoscitivos y prediciendo determinadas consecuencias de sus propias acciones (Bandura, 1982).

Los humanos no se limitan a responder a los estímulos, sino que los interpretan. Los estímulos influyen en la probabilidad de que se efectúen determinadas conductas, gracias a su función predictiva, y no porque se vinculen automáticamente a las respuestas. Las experiencias contingentes crean expectativas, más que conexiones estímulo-respuesta. Los fenómenos del medio pueden permitir predecir otros sucesos ambientales, o servir para predecir la relación entre las acciones y sus resultados. La semejanza de las experiencias de las personas hace que las consecuencias de la conducta de los demás permitan predecir los resultados de la propia, lo que constituye un factor especialmente influyente en el aprendizaje vicario de respuestas emocionales.

Los procesos cognitivos median el cambio de la conducta, pero esos fenómenos se provocan y alteran, con más facilidad, cuando se relacionan con experiencias de destreza provenientes de ejecuciones satisfactorias. Los procedimientos psicológicos alteran las expectativas que tienen los sujetos con respecto a su propia eficacia personal. Se diferencian las expectativas que se refieren a los resultados de la conducta de aquellos otros que se refieren a la eficacia personal. La expectativa de resultado es la estimación, por parte de la persona, de que una determinada conducta producirá ciertos resultados. La expectativa de eficacia es la convicción de que uno puede efectuar, con éxito, la conducta necesaria para producir esos resultados.

Esta percepción de la propia eficacia afecta los esfuerzos que se efectúan para enfrentarse a las situaciones, una vez iniciadas las respuestas ante ellas, porque permite mantener la esperanza de que, finalmente, se alcance el éxito.

Así, las expectativas respecto a la propia eficacia determinan la cantidad de esfuerzo que se invierte en una conducta, y la tenacidad con que ésta se mantiene a pesar de los obstáculos y las experiencias aversivas. Por el contrario, las personas que desisten prematuramente retendrán sus expectativas auto debilitantes y mantendrán sus miedos durante mucho tiempo. Entre más fuertes sean las expectativas de eficacia, mayor será la probabilidad de que se afronten con éxito las tareas a las que se teme.

De este modo, si bien la conducta es controlada en gran medida por factores de origen externo, también es cierto que las personas pueden controlar su comportamiento mediante metas auto impuestas y consecuencias generadas por ellas mismas, es decir el auto refuerzo (Gil y León, 1998).

En resumen, las expectativas son creencias o predicciones sobre la probabilidad percibida de afrontar con éxito una determinada situación. Si una persona tiene antecedentes de éxito en el manejo de un tipo de intercambio social, por ejemplo una conversación, es probable que la clasifique como agradable, y que califique su propia conducta como competente y efectiva. A la inversa, las expectativas negativas se adquieren, probablemente, como resultado de dificultades pasadas al manejar situaciones difíciles, y se mantienen por pensamientos de fracaso respecto a la propia ejecución dentro de ellas (Kelly, 1992).

Como puede observarse, el desarrollo de la conducta social y la adquisición de las habilidades sociales, podrían ser el resultado de varios mecanismos de aprendizaje: consecuencias del refuerzo directo, resultado de experiencias observacionales (modelado), efecto del feedback interpersonal, y conclusión del desarrollo de expectativas cognitivas respecto a las situaciones interpersonales. Estos principios permiten estructurar el entrenamiento en habilidades sociales, cuando se cumplen las siguientes condiciones: conocer qué conductas demanda la situación, tener la oportunidad de observarlas y ejecutarlas, tener referencia acerca de lo efectivo o no de nuestra conducta, mantener los logros alcanzados y, por último, que estas respuestas formen parte del repertorio conductual (Gil y León, 1998).

Ahora bien, dada la importancia de las habilidades sociales en las relaciones interpersonales, se revisará cuáles son las implicaciones y su relación con el ajuste psicológico en los menores. La literatura menciona que el desarrollo de habilidades sociales tiene implicaciones importantes para el éxito académico de los niños y para su sano ajuste psicológico a largo plazo. Y que, por el contrario, la ausencia o déficit provoca aislamiento social y dificultades en las relaciones con los pares, la familia y los maestros, lo cual está asociado a diversas formas de psicopatologías (Spence, Donovan & Brechman-Toussain, 2000).

Relaciones entre el nivel de ajuste psicológico y las habilidades sociales en niños y adolescentes

El desarrollo de habilidades sociales cumple un importante papel en el nivel de ajuste escolar y personal. En niños y adolescentes, la adquisición de habilidades sociales básicas ayuda a desarrollar otras más complejas que, a su vez, son necesarias para ganar aceptación social. De este modo se incrementan las oportunidades de aprender competencias útiles para la vida futura de los individuos, que les permitan competir por trabajos en su comunidad y desarrollar relaciones interpersonales, en suma, para tener una vida exitosa y un futuro satisfactorio en su comunidad, en su familia y en su vida personal. La habilidad para comunicarse juega un rol principal en la adaptación y aceptación de una persona, por parte de la comunidad, y es necesaria para una vida social satisfactoria.

Los niños a quienes no se les enseñan habilidades sociales para interactuar con sus pares, a quienes no se les brinda la oportunidad de practicar esas habilidades, o a quienes no se les presentan situaciones que les permitan ser responsables de su conducta, tienen una alta probabilidad de fracasar en desarrollar relaciones sociales maduras, al carecer de las habilidades que necesitan para ser aceptados socialmente. La dificultad para interactuar con otros provoca aislamiento social, baja autoestima y depresión, aspectos que suelen asociarse con fracaso escolar, con desajustes sociales y, en casos extremos, con conductas antisociales, delictivas, de auto-daño y de fobia social.

Spence *et al.* (2000) señalan que la fobia social es un miedo persistente y marcado a una o más situaciones sociales, en las cuales la persona está expuesta a gente desconocida o a la valoración de otros. En los niños se pueden presentar algunos descriptores de este desorden, tales como llantos y berrinches en situaciones sociales con desconocidos. En la mayoría de los casos, la fobia social tiene su comienzo en la infancia y, frecuentemente, se prolonga hasta la edad adulta. Este trastorno se relaciona con una gama de consecuencias negativas que alteran el funcionamiento adaptativo de quienes lo padecen. Entre tales alteraciones se puede ubicar un desarrollo académico disparado y una alteración en el desarrollo de las relaciones sociales. En casos severos, la fobia social infantil puede ser precursor de rechazo escolar, depresión y abuso de sustancias.

Datos de investigaciones como la de Spence *et al.* (2000) han aportado datos acerca de que la aparición de la fobia social en la infancia puede relacionarse con la falta de habilidades sociales por parte de los padres, dado que esta situación altera sus estilos de crianza, y con ello, pueden promover en los niños ansiedad y escasas habilidades sociales. A través de reportes de padres e hijos y de la observación conductual directa, estos autores encontraron, también, que los niños con fobia social manifestaban menos habilidades sociales en la escuela que niños sin este trastorno. Entre los factores que pueden agravar el problema de los niños que presentan fobia social se ubica la presencia de pensamientos negativos, cuando saben que otras personas los observan o evalúan, lo cual lleva a repuestas psicológicas de ansiedad y conducta de evitación. El déficit en habilidades sociales se asocia con resultados sociales pobres, con distorsión del pensamiento y con evitación de oportunidades, todo lo cual contribuye al mantenimiento del trastorno a lo largo de la vida.

Por su parte, Olivares y García (2002) mencionan que la fobia es uno de los tres trastornos mentales más comunes en la población adulta y adolescente, con una elevada comorbilidad con otros trastornos de la conducta. En los adultos se acompaña de una alta tasa de intentos de suicidio, dependencia económica de la familia, elevada tasa de desempleo y separaciones

matrimoniales, además de problemas relacionados con el abuso en el consumo de sustancias tóxicas. Para los adolescentes este trastorno puede tener repercusiones severas en, al menos, tres ámbitos: el académico, el psicopatológico y el relativo a la psicología de la salud. En lo académico muestran una serie de deficiencias en todas o la mayoría de las materias que cursen. En el ámbito psicopatológico hay que subrayar la vulnerabilidad asociada a la baja tasa de reforzadores sociales que reciben estos sujetos, tal vulnerabilidad frecuentemente termina concretándose en estados depresivos. Finalmente, en el contexto de la psicología de la salud, se constata la existencia de una elevada correlación entre la falta de habilidades sociales que presentan estos sujetos y su inicio en el consumo de drogas legales e ilegales, como un medio para afrontar las situaciones sociales fóbicas.

Algunos autores (Pösel, Horn, Groen & Hautzinger, 2004) informan que los desórdenes depresivos en la adolescencia tienen una prevalencia que va del 15% al 20%, y que su inicio a temprana edad puede persistir incluso después de la adolescencia. Los síntomas depresivos incrementan la probabilidad de depresión y otras psicopatologías en la adolescencia, así como en etapas posteriores de la vida. Entre los factores asociados con el desarrollo de desórdenes depresivos, están los pensamientos disfuncionales automáticos y las escasas habilidades de competencia social.

Los niños con dificultades de comunicación social frecuentemente presentan dificultad para entender y procesar las señales interpersonales y dar respuestas apropiadas. Como consecuencia de esas dificultades, estos niños comúnmente tienen problemas para desarrollar y mantener relaciones con adultos y pares, lo cual los afecta de manera adversa, ya que durante la niñez, tener relaciones positivas con los pares es esencial para un adecuado ajuste psicológico y para obtener buenos resultados académicos. A menudo, la desorganización social en los niños y adolescentes no cumple con los criterios para diagnosticar un trastorno específico, como autismo o síndrome de Asperger, por lo cual no hay acceso a un tratamiento específico, manteniendo a estos menores en un estado de aislamiento e infelicidad (Savidge, Christie, Brooks, Stein & Wolpert, 2004).

Guglielmo y Tryon (2001) mencionan que muchos niños exhiben un retraso significativo en una o más de las áreas relacionadas con el desarrollo: cognición, lenguaje y comunicación, habilidad social-emocional o motricidad. Estos niños usualmente presentan retrasos, en comparación a sus compañeros sin discapacidad, en lo que se refiere al desarrollo de habilidades sociales; frecuentemente tienen deficiencias o carecen de habilidades básicas necesarias para moldear en ellos conductas sociales que exhiben sus pares sin retraso y que son prerrequisito para llevar a cabo interacciones sociales más complejas. Incluir a los estudiantes con discapacidad en centros educativos con estudiantes sin problemas, no es suficiente para que ellos, mediante la imitación, desarrollen esas competencias sociales; a su vez, el déficit en habilidades sociales impacta en los resultados educativos.

Además de lo antes expuesto, y como lo señalan Schlitz y Schlitz (2001), los estudiantes con retraso en el desarrollo o discapacidad exhiben conductas socialmente inapropiadas y déficit en habilidades de auto-cuidado, teniendo como consecuencia una escasa aceptación social y falta de integración dentro de su comunidad. Algunas de las causas que mantienen el déficit de habilidades sociales en esta población son, por un lado, escasas habilidades de comunicación, y por otro la segregación social, además de bajas expectativas por parte de sus padres, maestros, pares y sociedad en general. Los niños con discapacidad frecuentemente tienen dificultad para comunicar sus necesidades, deseos e intenciones porque tienen deficiencias con la dicción y en el lenguaje formal; frecuentemente pierden pistas verbales y no verbales que les podrían ayudar a comunicarse, lo cual afecta el desarrollo de habilidades interpersonales. Otra causa de una inapropiada conducta social es el aislamiento social, la segregación de los niños con necesidades especiales afecta su interacción social apropiada.

Sim, Whiteside, Dittner y Mellon (2006) exponen que diversas investigaciones han aportado datos acerca de que el rechazo en la niñez tiene como consecuencia la presencia de problemas de adaptación social. El rechazo está frecuentemente asociado con el ausentismo y la suspensión escolar, lo que a su vez puede llevar a deserción, poca participación social durante la

adolescencia e incluso a la delincuencia. Generar relaciones positivas con los pares está asociado con incrementos en la autoestima, en la capacidad para la solución de problemas, en la reducción de niveles de ansiedad, depresión, soledad y conducta agresiva; por lo que la aceptación social es un fuerte indicador relacionando con el ajuste psicológico a largo plazo. El origen del rechazo social en la niñez, especialmente por parte de los pares, puede ser ubicado en la falta de habilidades sociales. Beelmann y Lösel (2006) coinciden en que, frecuentemente, la falta de competencia social es una característica en niños y adolescentes agresivos y delincuentes; ubican como componentes importantes en el desarrollo de una historia delictiva: el procesamiento inadecuado de la información social, las deficiencias en habilidades de solución de problemas y las relaciones conflictivas con los pares.

Cook *et al.* (2008) exponen que los estudiantes, con o en riesgo de padecer desórdenes emocionales, suelen tener severos déficit es su competencia social, los cuales, de acuerdo a los estudios, tienen mayor riesgo de tener comportamientos delictivos, sufrir depresión o aislamiento social, desajuste escolar y bajo rendimiento académico, serias dificultades emocionales y del comportamiento, así como mayor riesgo de sufrir psicopatologías en la edad adulta, que aquellos sujetos socialmente competentes. En cambio, la adquisición de habilidad social se asocia a resultados positivos, incluyendo menor rechazo y aislamiento por parte de los pares, mejor rendimiento académico y mayor probabilidad de terminar la escuela.

Entonces, la ausencia de habilidades sociales puede ser la condición que facilite el desarrollo de trastornos psicológicos y fomente la perpetuación de ese estado, ya que de acuerdo con la hipótesis del doble fracaso, la falta de habilidades sociales y los conflictos interpersonales promueven rechazo interpersonal y fracasos adaptativos generalizados, reduciendo de este modo las oportunidades de refuerzo significativo de otros y el afrontamiento adaptativo de los acontecimientos vitales estresantes, lo que a la larga aumenta la vulnerabilidad (Frías, Carrasco, Fernández, García & García, 2009).

Por el contrario, tener relaciones positivas con los pares está asociado con incrementos en la autoestima, la capacidad para la solución de problemas, y la

reducción de niveles de ansiedad, depresión, soledad y conducta agresiva; por lo que la aceptación social es un fuerte indicador relacionando con el ajuste psicológico a largo plazo (Sim *et al.*, 2006). En concordancia con lo anterior, Ezzell, Swenson y Brondino (2000) señalan que, contar con los miembros de la familia, pares y maestros como fuente de apoyo social, así como la percepción de apoyo familiar, se asocian negativamente con los reportes de depresión. El apoyo de la familia y de los pares es particularmente importante para el funcionamiento psicológico de los niños que han sufrido de abuso físico, es especial para problemas internos tales como depresión, ansiedad y enojo. Similarmente, contar con el apoyo de pares que desapruében la conducta antisocial es un factor protector que disminuye el riesgo de conducta antisocial (Herrenkohl, Tajima, Whitney & Huang, 2005).

Los resultados de investigaciones realizadas con poblaciones latinoamericanas corroboran el impacto que tienen las condiciones de crianza, en que crecen niños y adolescentes, sobre sus habilidades sociales y problemas emocionales. Martínez, Rosete y Ríos (2007) señalan que una gran cantidad de niños y adolescentes viven en situaciones de calle porque sus familiares los someten a maltrato físico, psicológico o sexual; en el estudio que realizaron en la Ciudad de México, ubicaron que estos menores mostraron patrones de apego inseguro, bajo control de impulsos, baja autoestima, relaciones sociales conflictivas, e incluso deseos de matar a alguien o suicidarse. Al investigar las características de los niños que son remitidos a un albergue mexicano (González, Valdés, Domínguez, Palomar & González, 2008), se observaron como sus principales características: baja autoestima, locus de control externo, problemas emocionales de tipo negativo y evasivo, aspectos que los definen como población vulnerable. El estudio realizado por Rocha (2003) reporta los bajos niveles de autoestima, cohesión y adaptabilidad que se presentan en niños y adolescentes remitidos a una comisaría peruana por vivir en situación de abandono moral. Solís y Montoya (2007) señalan que los problemas psicológicos de los niños que viven situaciones de abandono pueden dificultar su integración, aún en los casos en que se les encuentren hogares de adopción, ya que puede pasar mucho tiempo para crear lazos afectivos y lograr su integración social.

En adolescentes chilenos (González & Méndez, 2006) se encontró que quienes mantenían un patrón de apego inseguro con sus padres mostraron altos niveles de ansiedad, tristeza y depresión, así como baja autoestima; lo contrario ocurrió en los menores cuyos padres les propiciaban una motivación orientada a metas y un patrón de apego seguro. Al explorar la relación existente entre los contextos de desarrollo (familia, escuela y comunidad), variables personales (autoestima, estrés, sintomatología depresiva), violencia escolar y rendimiento académico en 1285 adolescentes mexicanos, Villarreal, Sánchez, Veiga y Moral (2011) corroboraron que el ambiente familiar es el contexto de mayor influencia sobre las otras variables; los adolescentes que percibían un clima negativo en sus familias mostraron diversos problemas emocionales, pobres relaciones sociales con sus pares, violencia escolar y bajo rendimiento académico.

Resumiendo, el comportamiento interpersonal de los niños es de gran importancia para la obtención de reforzamientos sociales y culturales. Al enfrentar las diversas situaciones de interacción con un repertorio conductual asertivo, incrementan la auto-confianza y la popularidad, lo que favorece el bienestar emocional y social del niño. Interactuar con otros implica poner en juego un conjunto de habilidades sociales en un contexto dado, de un modo específico, que sea socialmente aceptable y valorado. El repertorio conductual desplegado actúa como un mecanismo, a través del cual los niños actúan sobre su medio ambiente, obteniendo, suprimiendo o evitando consecuencias en la esfera social. Por otro lado, la ausencia de habilidades sociales lleva al desarrollo de conductas problema, impidiéndose con ello el adecuado intercambio social de los niños con sus pares y con los adultos, alterando negativamente las expectativas y percepciones de los docentes, favoreciendo el bajo rendimiento académico. Entre las causas que propician el mantenimiento de déficit en las habilidades interpersonales, generando conductas problema en los niños, se encuentran factores familiares como el bajo nivel de ingresos, el elevado índice de alcoholismo, el frecuente cambio de la figura paterna o materna y la violencia familiar, entre otros aspectos (Ison & Rodríguez, 1997).

En concordancia con lo expuesto, Peñacoba *et al.* (2005) señalan que diversas investigaciones han aportado datos acerca de que, en ciertos contextos socioculturales, se presentan una serie de factores que propician el desarrollo de conductas desadaptadas y antisociales en los adolescentes. Entre dichos factores se ubican: marginalidad, falta de recursos, convivencia en familias disfuncionales y disponibilidad de drogas. En tales contextos, los jóvenes no desarrollan patrones adecuados de socialización y adaptación social, por lo que se acentúan los factores de propensión a las conductas antisociales.

Entre los factores relacionados con las características individuales y psicosociales, se ubican el grado de impulsividad, el historial familiar del consumo de drogas o alcoholismo, y otros que se relacionan con el mundo social del adolescente, tales como amistades, funcionamiento escolar, rendimiento académico, supervisión de los padres y existencia o ausencia de una red de apoyo social. Este último factor constituye la red de relaciones interpersonales significativas para el individuo, que puede facilitar su funcionamiento psicológico y social, la presencia de tal apoyo maximiza las posibilidades de que una persona lleve a cabo acciones instrumentales de respuesta ante los problemas y se muestre fuerte ante ellos.

El apoyo social es un moderador potencial de las conductas delictivas en los adolescentes, cuando ellos perciben escaso apoyo por parte de su familia, suelen desarrollar síntomas depresivos (lo cual es más frecuente en las mujeres), o pueden llegar al consumo de drogas y a involucrarse en actos delictivos o antisociales (que se presente con mayor frecuencia en varones). Lo mismo ocurre cuando los adolescentes perciben bajo apoyo social de los amigos. La ausencia de estrategias de relación social puede ser un factor que contribuya a la delincuencia. Numerosos estudios relacionan la ineptitud en habilidades sociales, el aislamiento o el rechazo social, con la delincuencia y el crimen. Es principalmente en la familia donde el niño adquiere normas de relación social, recibe afecto y aprende reglas sociales. Las familias que fallan en proveer ambientes consistentes y de apoyo, aumentan el riesgo de conductas antisociales o delictivas en sus niños y adolescentes (Peñacoba *et al.* 2005).

Se puede apreciar en las investigaciones expuestas, que ha sido ampliamente demostrada la relación entre los bajos niveles de competencia social y el riesgo de problemas psicológicos y sociales durante la niñez y la adolescencia. También, que las habilidades sociales en la infancia juegan un papel importante en la adquisición de reforzamientos sociales y culturales. Los niños que carecen de éstas, experimentan aislamiento social, rechazo, y en conjunto, menos felicidad (Michelson *et al.* 1987). Por lo tanto, tienen una importancia crítica tanto en el funcionamiento presente como en el desarrollo futuro del niño. La investigación en el campo refiere que los niños con déficit en habilidades sociales experimentan una ausencia constante de experiencias positivas con los pares, por tanto de apoyo emocional, lo cual puede conducir a los niños rechazados a tener concepciones negativas de sí mismos, de sus relaciones con los demás y sobre el futuro. Ante esta situación es que el rechazo por parte de los pares en la infancia y los problemas de conducta se asocian con psicopatologías, que van de síntomas depresivos (Pösel *et al.* 2004; Sandstrom & Schanberg, 2004) a depresión severa, fobia social (Spence *et al.* 2000), problemas de conducta (Ison & Rodríguez, 1997), así como aspectos que suelen asociarse con fracaso escolar, con desajustes sociales, y en algunos casos, con conductas antisociales, delictivas y de auto-daño (Corcoran, 2006; Ellis, Fisher & Zaharie, 2004; Kim & Cicchetti, 2006).

El desarrollo de habilidades sociales tiene implicaciones importantes para el éxito académico y vocacional de los niños, así como para su sano ajuste psicológico a largo plazo. La adquisición de habilidades sociales básicas ayuda a desarrollar otras más complejas que a su vez son necesarias para ganar aceptación social, de este modo se incrementan las oportunidades de aprender competencias útiles para la vida futura de los individuos, que les permitan competir por trabajos en su comunidad y desarrollar relaciones interpersonales. En suma, para tener una vida exitosa y un futuro satisfactorio en su comunidad, en su familia y en su vida personal. La habilidad para comunicarse juega un rol principal en la adaptación y aceptación de una persona por parte de la comunidad y es necesaria para una vida social satisfactoria.

Se ha sugerido una trayectoria para el curso de los trastornos emocionales, donde, a partir del aislamiento social, la baja autoestima e inadecuadas habilidades sociales, surgen trastornos psicológicos tales como ansiedad, depresión, agorafobia, trastorno de pánico y trastornos de la ansiedad en la adultez, con los riesgos que ello conlleva: abuso de sustancias, alta tasa de intentos de suicidio, dependencia económica de la familia, elevada tasa de desempleo y separaciones matrimoniales, además de problemas relacionados con el abuso en el consumo de sustancias tóxicas en la adultez (Olivares & García, 2002; Spence *et al.* 2000). Es por esto, que en la adultez al igual que en la infancia, algunos trastornos como el estrés postraumático comúnmente se asocian a dificultades interpersonales y déficit en habilidades sociales, tales como ansiedad, retraimiento y distanciamiento social, enojo excesivo, teniendo como consecuencias: conducta violenta, problemas familiares y desempleo, sufrimiento emocional y deficiente funcionamiento social (Turner & Beidel, 2005).

De todo lo expuesto, puede concluirse que ha sido ampliamente demostrada la relación entre los bajos niveles de competencia social y el riesgo de problemas psicológicos y sociales durante la niñez y la adolescencia. En concordancia con Navarro *et al.* (2005), puede decirse que el aprendizaje de la conducta social requiere un complejo proceso de “alfabetización emocional”. Los adultos suelen establecer medidas preventivas en la educación de los parámetros antisociales, de manera que se es cada vez menos tolerante con la agresión física entre los niños, aunque se tolera la sustitución de dichas conductas por otras de agresión verbal, lo que puede implicar un problema.

De cualquier modo, durante la socialización en el seno familiar, el ser humano aprende de manera progresiva una serie de habilidades sociales que le permiten adaptarse a su medio y obtener gratificaciones de éste. En los niños y adolescentes con conductas antisociales parece ser que este tipo de procesos “alfabetizadores” resultan deficitarios en alguna medida. Algunos de los factores de riesgo para la desadaptación social pueden ubicarse en las características psicológicas de los individuos, otras en aspectos de índole social y familiar. En la mayoría de los casos, es necesario referirse a una

combinación de variables de diversa índole. Es claro por lo tanto que la vulnerabilidad que presentan los menores institucionalizados implica fallas importantes en sus relaciones sociales, de ahí la importancia de plantear programas de intervención en estos grupos.

CAPÍTULO 3

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN DIRIGIDOS AL ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES

Estudios basados en el entrenamiento de las habilidades sociales

Tomando en consideración la estrecha relación que existe entre el nivel de ajuste psicológico y las habilidades sociales en niños y adolescentes, es de esperar que diversos reportes de investigación se encaminen a probar la efectividad del entrenamiento en habilidades sociales, como un recurso para resolver una gran variedad de problemas psicológicos.

Las intervenciones basadas en el entrenamiento de habilidades sociales han demostrado efectividad y utilidad en la prevención y el tratamiento de diversas problemáticas durante la niñez, la adolescencia e incluso en edad adulta. De este modo, se ha intervenido exitosamente en trastornos psicológicos como depresión, fobia, estrés postraumático, déficit de atención, conductas desadaptadas, violencia, problemas de control de enojo, rechazo social, problemas de conducta, conducta antisocial, e incluso delincuencia y adicciones.

De ahí la importancia de revisar los planteamientos que sustentan algunas de esas investigaciones, así como de las estrategias que se utilizan para el entrenamiento en habilidades sociales. A continuación se exponen algunos de los estudios en el campo.

Pösel *et al.* (2004) diseñaron el programa denominado School-based prevention program: Ease of handling social aspects in everyday life training (LISA-T), dirigido a disminuir síntomas depresivos en adolescentes; el programa está basado en conceptos de terapia cognitivo conductual, tales como control y cambio de pensamiento, desarrollo de asertividad y entrenamiento en habilidades sociales. El estudio se llevó a cabo en seis escuelas, los participantes fueron asignados de manera aleatoria a un grupo de entrenamiento y a un grupo control, pero divididos en tres niveles, de acuerdo a los síntomas depresivos que mostraban al inicio del estudio. El grupo de

entrenamiento estuvo conformado por 87 estudiantes del sexo femenino y 113 de sexo masculino. El grupo control fue de 147 estudiantes (79 de sexo femenino y 68 varones). La media de edad de la muestra fue de 14 años. Los instrumentos aplicados fueron: 1) Center for epidemiologic studies depresión scale (CES-D), para detectar síntomas depresivos (clasificados en tres niveles de riesgo: síntomas leves, sub-síndrome depresivo y síntomas clínicos severos); 2) Automatic thoughts questionnaire (ATQ), para medir los pensamientos disfuncionales, y 3) Questionnaire of social support (FESE), el cual es un auto-reporte que mide varios aspectos de apoyo social. Todos los instrumentos se aplicaron antes y después del tratamiento, y en seguimiento a tres y seis meses.

El entrenamiento se llevó a cabo en el grupo experimental, separando a los participantes de acuerdo a su género, y consistió en diez sesiones semanales de hora y media, con dos lecciones por sesión. Para iniciar, se les explicó la relación entre cognición, emoción y conducta; en seguida se les pedía que identificaran sus propios pensamientos automáticos y los confrontaran con la realidad, para promover la sustitución de dichos pensamientos por otros más funcionales, basados en la realidad. En sesiones posteriores se llevó a cabo un procedimiento de juego de roles para entrenar habilidades sociales y asertividad, en diversas situaciones.

Los análisis estadísticos indicaron que, al iniciar el programa de intervención, no hubo diferencias significativas entre los alumnos, en relación a la escala de depresión, ni por edad, ni por sexo, ni por condición experimental (cuando se compararon por nivel de riesgo). Después del entrenamiento, se encontraron diferencias entre el grupo control y el experimental, en todos los sub-grupos, por nivel de riesgo: en el grupo que recibió entrenamiento, el número de alumnos con síntomas leves aumentó, disminuyendo el número de estudiantes que presentaron el sub-síndrome depresivo; mientras que en el grupo control, el efecto observado fue el contrario. Entre los estudiantes con síntomas severos no se encontraron diferencias atribuibles al programa. Los autores concluyen que el entrenamiento LISA-T, basado en el desarrollo de competencias sociales, asertividad y control de pensamiento, puede ser

efectivo para disminuir síntomas depresivos leves, o para su prevención, aunque no es aplicable para casos de trastornos depresivos mayores.

Por su parte, Spence *et al.* (2000) realizaron un estudio con el propósito de evaluar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual en niños y adolescentes con fobia social; un segundo objetivo fue evaluar los beneficios de la participación de los padres dentro del programa. La muestra estuvo conformada por 50 niños y adolescentes, con un rango de edad de 7 a 14 años, con diagnóstico de fobia social; 27 de los cuales tuvieron al menos un segundo diagnóstico (trastorno por ansiedad de separación, distimia o fobia simple). La intervención fue llevada a cabo en el aula dentro de las instalaciones de un centro psicológico. La población fue asignada de manera aleatoria a tres grupos, en el primero estuvieron incluidos padres e hijos (10 niños y 7 niñas con un promedio de edad de 9.9 años); en el segundo sólo participaron los niños (10 varones y 9 niñas, con un promedio de edad de 11 años), y el tercero fue el grupo control (11 niños y 3 niñas con un promedio de 9.9 años de edad). Se aplicaron los siguientes instrumentos: Anxiety disorders interview schedule for children-parent, Revised behavioral assertiveness test for children, Revised children's manifest anxiety scale, Spence children's anxiety scale, Social competence questionnaire parent, Social skills questionnaire parent y Social worries questionnaire pupil. Los instrumentos fueron aplicados a padres y a hijos, antes y después de la intervención, así como en seguimientos a los 6 y 12 meses. Adicionalmente se realizó un registro de la conducta de niños y adolescentes participantes, en la evaluación previa al tratamiento.

El programa de intervención se llevó a cabo a través de 12 sesiones de hora y media, conducidas por dos psicólogos, en las que participaron de 6 a 8 niños. Las sesiones iniciales se encaminaron a la enseñanza de micro-habilidades tales como contacto ocular, postura, expresión facial, tono y volumen de voz. En sesiones posteriores, el programa se encaminó al entrenamiento en habilidades sociales, manejo de ansiedad, reestructuración cognitiva, auto-instrucciones positivas, y solución de problemas. Las estrategias utilizadas para enseñar los componentes a los niños fueron modelamiento, juego de roles, reforzamiento positivo y tareas para casa. Al final de cada sesión se incluyeron

ejercicios de relajación. Se manejaron los mismos componentes para el entrenamiento dirigido a los niños de ambos grupos experimentales.

El entrenamiento dado a los padres del grupo experimental 1 consistió en sesiones grupales de 30 minutos, llevadas a cabo de manera paralela a las sesiones de trabajo con sus hijos. Se enfocó a enseñarles a los padres la manera de modelar y reforzar las habilidades que sus hijos aprendieron durante el programa, a ignorar conductas de ansiedad social y de evitación, a animar a sus hijos a participar en actividades fuera de las sesiones, y a modelar conductas sociales en vez de conductas ansiosas. Se utilizaron las técnicas de modelamiento, instrucciones, discusión y juego de roles. Durante las evaluaciones previas al entrenamiento, no se encontraron diferencias entre los tres grupos del estudio. Para pos-evaluación y seguimiento a seis meses, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las medidas de fobia social y ansiedad entre los grupos de tratamiento y el grupo control. En el control, sólo en el 7% de los niños desaparecieron los indicadores de trastornos psicológicos, contra 58% de los niños del grupo 2 que recibieron el entrenamiento; los mejores resultados correspondieron al grupo 3, en el que participaron padres e hijos, donde se observó que el 87% de los niños dejó de presentar los problemas psicológicos detectados en la evaluación inicial. También se encontraron mejores niveles de habilidades sociales y competencia social en los dos grupos experimentales, sin diferencias estadísticamente significativas entre ellos. Los resultados para los grupos de tratamiento se mantuvieron 12 meses después.

Es importante hacer algunas observaciones acerca de la metodología de este estudio. La primera se refiere a la utilización de la observación directa de las conductas de los niños participantes, además de los instrumentos de evaluación, lo cual aportó datos adicionales del comportamiento infantil. Otra estrategia que requiere tomarse en cuenta, se relaciona con el hecho de que los padres y maestros de los niños participaron en el proceso de selección de las habilidades a entrenar por parte de los terapeutas.

Antona y García-López (2008) afirman que la fobia social o trastorno de ansiedad social es altamente incapacitante, y que puede mermar gravemente

la realización personal de quien la sufre, además de tener una alta comorbilidad con otros trastornos, generalmente precediendo la instauración de éstos. Por ello, llevaron a cabo un estudio con el objetivo de comparar la eficacia de dos componentes de tratamiento: la exposición y la reestructuración cognoscitiva, así como sus posibles efectos aditivos sobre síntomas relacionados con la fobia social. Se trabajó con una muestra de 85 estudiantes universitarios (81.2% mujeres, 18.8% varones) con una edad promedio de 19.5 años, diagnosticados con problemas de ansiedad social. El objetivo fue aportar datos sobre la eficacia de la exposición (EX), la reestructuración cognitiva (RC) y sus posibles efectos aditivos (fundamentalmente en relación con el hecho de conocer si el componente cognitivo potencia al de exposición) sobre síntomas o constructos relacionados con la fobia social.

Se utilizaron los siguientes instrumentos, los cuales se aplicaron antes y después del tratamiento, y en seguimientos a los 3, 6 y 12 meses: Entrevista Clínica FNE-IV, Inventario de depresión de Beck, Listado de síntomas, Escala de inadaptación, Evaluación de la autoestima y Asertividad. Los tratamientos fueron los siguientes: a) EX+RC, componentes combinados en la misma sesión durante 10 sesiones; b) EX – RC, bloque de exposición (5 sesiones) seguido de bloque de reestructuración cognoscitiva (5 sesiones), y c) RC – EX, bloque de reestructuración cognoscitiva (5 sesiones) seguido de bloque de exposición (5 sesiones), este último tratamiento fue asignado al grupo control, en espera por tres meses.

Durante la evaluación inicial no se encontraron diferencias entre grupos, a excepción de la subescala de Evaluación de síntomas psicopatológicos del Inventario de depresión de Beck. Se analizaron diferencias entre los grupos en función de su evolución en distintos momentos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la evolución que experimentaron los dos primeros tratamientos y el grupo control, desde la evaluación pre tratamiento hasta la evaluación a los tres meses. No existieron diferencias en la evolución de los grupos en el resto de los momentos contemplados.

La superioridad de los grupos terapéuticos respecto al grupo control fue estadísticamente significativa y se evidenció en todas las escalas, excepto en

Evaluación de síntomas psicopatológicos. Los autores concluyen que se confirma la eficacia de los componentes de exposición y de reestructuración cognitiva, tanto aplicados por separado como en función de sus distintas combinaciones, no sólo en constructos específicos de la fobia social sino en la reducción de síntomas psicopatológicos asociados a la misma (fundamentalmente síntomas depresivos), en la interferencia que las respuestas de la ansiedad social ocasionan en la vida de los pacientes y en el aumento de la autoestima y asertividad.

Olivares y García (2002) llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue probar la efectividad de la Terapia para la Eficacia Social (SET-Asv), en el tratamiento de una adolescente de 15 años, con un diagnóstico de fobia social generalizada. El programa se basó en el modelo conductual y fue diseñado para disminuir o eliminar las respuestas de ansiedad social, mejorar las habilidades sociales e incrementar el repertorio de actividades sociales de la paciente.

Se aplicaron los siguientes instrumentos: Inventario de ansiedad y fobia social, Escala de ansiedad para adolescentes, Escala de inadaptación, Escala de auto-estima, Escala de habilidades sociales para adolescentes y Auto-registro de conductas objetivo. Se utilizó un diseño cuasi-experimental, de caso único, con medidas antes y después de la aplicación del tratamiento y en seguimiento a 12 meses. El programa consistió en 29 sesiones de tratamiento, aplicadas dos veces por semana, en un periodo de 17 semanas.

La fase de entrenamiento en habilidades sociales se llevó a cabo en las primeras 13 sesiones de tratamiento, las cuales se desarrollaron dentro de un grupo y también de manera individual. Los componentes del programa fueron: iniciar y mantener conversaciones, dar y recibir cumplidos, establecer y mantener amistades, defender los derechos propios con asertividad, además del entrenamiento para hablar en público. Las sesiones grupales tuvieron una duración de 60 minutos y se desarrollaron de la siguiente manera: se realizó un resumen de los contenidos de la sesión anterior, se desarrolló el tema del día y se dejaron tareas para casa. El entrenamiento individual incluyó sesiones de 30 minutos, trabajando las conductas-objetivo a través del juego de roles y el ensayo conductual. Posteriormente se llevó a cabo una fase de práctica

programada, cuyo objetivo fue generalizar y consolidar las habilidades en el medio natural de la paciente.

Al término de la intervención, la adolescente dejó de presentar los indicadores del diagnóstico de fobia social, tanto en el pos-test como en el seguimiento; también desaparecieron los síntomas del trastorno de pánico con agorafobia, permaneciendo únicamente la fobia a los dentistas. Se observó una mejoría en las puntuaciones de todas las medidas, tanto en el pos-test como en el seguimiento: en las respuestas de ansiedad social, en las distorsiones cognitivas, en los valores de las respuestas de evitación, en la adaptación del sujeto, así como en auto-estima y en habilidades sociales.

Por su parte, Savidge *et al.* (2004) realizaron una investigación con el propósito de evaluar un tratamiento de habilidades sociales para niños diagnosticados como socialmente desorganizados. Se trabajó con 11 menores de sexo masculino divididos en dos grupos, uno con seis adolescentes de 12 a 15 años, y otro con cinco niños de 7 a 9 años. Todos los sujetos presentaron dificultades en habilidades sociales, además, tres tenían el diagnóstico de desorden por déficit de atención e hiperactividad y tres con síndrome de Asperger; los demás participantes no entraban en ninguna categoría específica. La intervención se llevó a cabo en un centro que brinda servicios de salud mental a niños y adolescentes.

Los instrumentos utilizados fueron: un cuestionario para medir la satisfacción de los padres con sus hijos y la satisfacción del niño consigo mismo, y un segundo cuestionario para evaluar atributos negativos y positivos, cronicidad, angustia y malestar social en los niños; estos instrumentos fueron aplicados a padres e hijos, antes y después de la intervención. El programa dirigido a niños y adolescentes estuvo compuesto por seis sesiones de hora y media, conducidas por dos psicólogos y dos asistentes.

En la sesión inicial se introdujeron los objetivos del programa y se establecieron reglas que propusieron los mismos participantes. Las sesiones se encaminaron a trabajar las siguientes habilidades: inicio y mantenimiento de conversaciones, solución de problemas, reconocimiento de emociones, manejo de sentimientos

y empatía. Las estrategias utilizadas para enseñar los componentes a los niños fueron el juego de roles, dibujo y pintura, y discusión grupal. Para ilustrar la relación entre pensamiento, sentimientos y conducta, se utilizaron técnicas de terapia cognitivo conductual.

Paralelamente se formaron y entrenaron grupos de padres para compartir sus experiencias y para desarrollar técnicas de solución de problemas que les ayudaran a interactuar con sus hijos; se les informaba acerca de los temas que formaban parte del entrenamiento de los niños y adolescente, y se les animaba a pensar en qué podían hacer para ayudarlos, así como para involucrarse en las tareas de sus hijos.

Los datos obtenidos a través de los tres instrumentos utilizados indicaron que, después de la intervención, niños, jóvenes y padres reportaron cambios conductuales en la dirección apropiada. En el pre-test, todos los niños y jóvenes fueron calificados por sus padres con altas puntuaciones de conductas “anormales”, así como grandes dificultades en el hogar, con amistades y en el aprendizaje escolar. Para el pos-test, la mayoría de los padres reportó una reducción de conductas anormales y de problemas sociales en los diferentes contextos.

El auto-reporte de los niños y adolescentes indicó que, después de la intervención, todos percibieron una reducción en sus conductas anormales y de problemas sociales, aunque sólo tres de ellos se calificaron con puntuaciones correspondientes a lo normal. Los autores mencionan que este tratamiento se consideró como una respuesta al gran número de niños y adolescentes que no tienen un diagnóstico específico, pero que presentan serios problemas de socialización, como una manera de darles la oportunidad de aprender a mejorar su forma de relacionarse y comunicarse con los otros. Los resultados clínicos y la retroalimentación de padres y adolescentes fueron alentadores, todos ellos expresaron el apoyo que les proporcionó el programa. Los datos indican que el hecho de involucrar a los padres ayuda a incrementar la generalización de los efectos del tratamiento.

Una aportación importante de este estudio fue que se les pidió a padres e hijos que definieran metas específicas, de acuerdo a sus propias necesidades, que sirvieron como base para seleccionar las habilidades a trabajar durante el entrenamiento. Sin embargo, este proyecto piloto no incluyó medidas de seguimiento, por lo que resulta imposible observar si los cambios se mantuvieron a través del tiempo.

Nitkowski, Petermann, Buttner, Krause-Leipoldt y Petermann (2009) realizaron un estudio para probar los efectos de un programa de intervención en niños agresivos, diseñado con un enfoque cognitivo conductual, que fue recibido por un grupo de niños de manera adicional al programa institucional a largo plazo, denominado programa de bienestar infantil del centro del niño y de la juventud. Participaron 24 niños y adolescentes, de 7 a 11 años de edad, con problemas de conducta, ansiedad, depresión, apego e ideación suicida, que asistían a una institución alemana, quienes habían sido diagnosticados con trastornos de la conducta o trastorno desafiante, según el DSM-IV.

Se aplicaron diversos instrumentos a padres, hijos y profesores, antes y después de la intervención: entrevista clínica estructurada, que determina desórdenes psiquiátricos en niñez y adolescencia según criterios de DSM-IV; Check list de conducta del niño de Achenbach para padres; Escala para profesores para identificar conductas agresivas, y la escala Wechsler de Inteligencia III (WISC-III) o la prueba CFT-20 de cultura, así como el Cuestionario de fuerzas y dificultades del comportamiento de Goodman. Los instrumentos utilizados contenían las siguientes escalas: problemas sociales, problemas de la atención, comportamiento delincuente, comportamiento agresivo, y síntomas de exteriorización de la conducta; síntomas emocionales, hiperactividad/inatención, problemas de relación con los pares, conducta problemas, y comportamiento prosocial.

Respecto al método, después de que los primeros procedimientos de diagnóstico fueran conducidos, asignaron a los participantes al grupo de intervención y al grupo control. El tratamiento de largo plazo fue definido como intervención de dos fases: primero, los niños participaron en el programa institucional de bienestar infantil por cinco meses, después recibieron el

tratamiento cognitivo conductual además del programa institucional, es decir dos intervenciones simultáneamente; en tanto que el otro grupo sólo recibía el tratamiento institucional, hasta el término del estudio, y pudieron recibir también el tratamiento combinado.

El entrenamiento experimental consistió de 8 a 13 sesiones individuales de 50 a 100 minutos, seguidas de tres sesiones de terapia del grupo, apoyadas con un programa de asesoramiento al padre. En cada sesión se trabajaba el autocontrol y entrenamiento en relajación, centrándose en situaciones de conflicto y su solución con comportamiento social adecuado. Como estrategias, se utilizaron ensayos conductuales, juego de roles y retroalimentación. La intervención experimental fue llevada a cabo por psicólogos y la institucional por los psicoterapeutas del centro juvenil.

Los niños y adolescentes que recibieron el entrenamiento experimental aprendieron a analizar conflictos y corregir su opinión de los procesos sociales, que los llevan a menudo a interpretar las acciones de otros como ataques contra ellos, se les entrenó en técnicas de autodominio y comportamiento prosocial en situaciones sociales de conflicto. Los comportamientos problemáticos eran sustituidos por comportamiento social competente.

Los resultados indicaron que, durante pre evaluación no hubo diferencias entre grupos en la mayoría de las variables de interés; se encontraron diferencias sólo en problemas en la escala social y problemas en la relación de pares. Los padres del grupo control puntuaron con mayor exhibición de problemas exteriorizados.

Al analizar diferencias entre pre evaluación y post evaluación, el grupo de intervención mostró cambios en los instrumentos para padres, se encontraron diferencias significativas en las escalas que exteriorizaban síntomas, problemas sociales y comportamiento delincuente, así mismo se observaron mejoras en la escala de relación con pares. Los niños del grupo de intervención demostraron, además, descenso en problemas de conducta y aumento en comportamiento prosocial, con un tamaño del efecto en el grupo de intervención igual o arriba de $d = 1.00$; disminuyeron los puntajes de las escalas

que exteriorizaban problemas, problemas sociales y comportamiento agresivo. En el grupo control no se encontró ningún cambio significativo entre pre evaluación y post evaluación. Después de que el grupo control recibió la intervención cognitivo conductual, se encontró que también en él hubo una disminución en las escalas de comportamiento agresivo y comportamiento delincuente.

El estudio mencionado apoya la hipótesis de que un programa bajo el enfoque cognitivo conductual, conjuntamente con el programa institucional de bienestar infantil, muestra mayores beneficios que el programa institucional aislado. Los padres de los menores que participaron en el tratamiento combinado reportaron mayor disminución de problemas sociales y de conducta, comparados con los padres de niños que recibieron exclusivamente el programa institucional. Por otro lado, los profesores confirmaron la disminución de dificultades sociales en el grado de comportamiento agresivo en los niños que recibieron la intervención combinada.

Los investigadores concluyen que el grupo experimental demuestra mayor disminución de los problemas sociales, así como una evidente reducción en los problemas de conducta y aumento de comportamiento prosocial. Los resultados demuestran que los niños del grupo experimental mejoraron más que el grupo control (comparando pre y post evaluación) en el comportamiento prosocial.

Finalmente, los autores afirman que la intervención es una formación de capacidades sociales, porque tiene como objetivo generalizar los patrones de comportamiento adecuados y promover capacidades, en vez de que se enfoque la intervención, exclusivamente, en enseñar a niños agresivos a olvidar la agresión.

Guglielmo y Tryon (2001) evaluaron la efectividad de un programa de entrenamiento en habilidades sociales, dirigido a niños preescolares con retrasos en el desarrollo. Participaron 58 niños distribuidos en grupos de entrenamiento y control. Las conductas seleccionadas fueron las relacionadas con compartir y permanecer en el grupo, ya que la literatura refiere que esas

conductas son habitualmente las más deficientes en niños preescolares con este tipo de características. Para recolectar los datos se realizaron registros conductuales y video-grabaciones, con registros de intervalo, antes y después del tratamiento.

El programa de entrenamiento fue llevado a cabo por un psicólogo dentro del aula de clases, y estuvo dirigido a favorecer la cooperación con pares, disfrutar en grupo y compartir materiales. Las técnicas utilizadas fueron: proporcionar instrucciones y modelamiento de cada habilidad seleccionada, práctica reforzada, narración de historias y discusión en grupo acerca de la importancia de las habilidades sociales dentro de las historias narradas. Los resultados muestran que los niños se beneficiaron del programa de entrenamiento y sus profesores manifestaron interés en usar parte del programa en sus aulas. Los autores discuten la importancia de incorporar las estrategias conductuales para desarrollar habilidades sociales en niños con problemas de desarrollo psicológico.

También Schlitz y Schlitz (2001) llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue incrementar las habilidades sociales en niños con retraso cognitivo, de moderado a severo, quienes exhibían conductas sociales inapropiadas. Participó un grupo de ocho niños y adolescentes entre 7 y 15 años de edad, así como otro grupo de 30 adolescentes, con edades entre 15 y 18 años. Las habilidades a entrenar se definieron con base en los resultados obtenidos, a través del siguiente procedimiento: se les pidió a padres y maestros responder encuestas y listas de cotejo de conductas, en las cuales tenían que seleccionar las tres habilidades que consideraran más importantes e indicar el nivel en que los niños y adolescentes mostraban tales habilidades; con base en lo anterior, las habilidades que se identificaron como prioritarias fueron las relativas a seguimiento de instrucciones, comunicar deseos y opiniones, y pedir ayuda apropiadamente. Se tomó una línea base de las habilidades sociales de los niños y adolescentes, a través de los reportes de padres y maestros, así como con registros conductuales. Los mismos instrumentos se aplicaron después del entrenamiento.

La intervención fue llevada a cabo dentro del ámbito escolar, a través de sesiones grupales diarias de 40 minutos, durante un período de cinco semanas. Se utilizó la modalidad de instrucción directa de habilidades sociales, empleando como estrategias: modelamiento, actividades de aprendizaje cooperativo y juego de roles. Para comparar los resultados de los registros conductuales antes y después de la intervención, se obtuvo la diferencia porcentual entre ellos. Se observó una diferencia clínicamente significativa en las habilidades de los niños y adolescentes entrenados; en algunos casos el incremento correspondió a un 40% para pedir ayuda apropiadamente, comunicar deseos y necesidades de manera clara, así como para seguir instrucciones. También se observó que las habilidades sociales entrenadas dentro del ambiente escolar fueron generalizadas por los participantes al ambiente del hogar, presentándose tanto con sus pares como con los distintos miembros de la familia.

Con otro tipo de usuarios, Hovell *et al.* (2001) realizaron un estudio cuyo propósito fue determinar si el entrenamiento en habilidades sociales es efectivo para disminuir conductas de riesgo para la adquisición del VIH, así como para el manejo del enojo y la agresión. Se trabajó con 42 jóvenes de 13 a 18 años, con un promedio de edad de 16 (28% de sexo femenino y 72% masculino), quienes pertenecían a una escuela con un programa educativo diseñado para adolescentes delincuentes. Los participantes fueron asignados a dos grupos de entrenamiento.

El primer grupo se incorporó en un programa de intervención encaminado a prevenir el VIH, que se centró en el desarrollo de cuatro habilidades: negociar el uso del condón, discutir con un amigo los riesgos del SIDA, aplicar correctamente el condón y enseñar a un amigo habilidades para la reducción de riesgo de contagio. El segundo grupo de jóvenes se incorporó a un programa dirigido al manejo del enojo, a través del desarrollo de las siguientes habilidades: negociar un acuerdo, resistir burlas, tratar con figuras de autoridad y enseñar habilidades de manejo del enojo a un amigo. La intervención en ambos grupos se llevó a cabo de manera paralela, y cada grupo fungió como grupo control para el otro.

En el entrenamiento de ambos grupos participaron como modelos e instructores un profesor y estudiantes entrenados, con apariencia similar y de la misma edad que los jóvenes en tratamiento. El desarrollo de las sesiones de entrenamiento fue de la siguiente manera: introducción de la habilidad y discusión de la misma, modelamiento explícito, juego de roles en pequeños grupos, retroalimentación, nuevo modelamiento con correcciones, repetición del juego de roles con correcciones, demostración de la habilidad en parejas al frente del salón, retroalimentación del grupo, del instructor y de los pares entrenados, y al final una discusión grupal. Se llevaron a cabo 12 sesiones de hora y media o dos horas de duración, en un periodo de cuatro semanas. A los participantes se les proporcionaban reforzadores verbales y boletos intercambiables por regalos, cuando presentaban conducta apropiada.

Para evaluar las habilidades de los participantes, se utilizaron video-grabaciones del juego de roles, antes y después de la intervención, y una más de seguimiento a seis meses. Se midió: contenido verbal, conducta no verbal, nivel de agresión, asertividad y ansiedad. La codificación estuvo a cargo de dos evaluadores independientes, en una condición de ciego. Adicionalmente se aplicó un cuestionario a los participantes, antes y después de la intervención, para medir actitudes y nivel de satisfacción.

Los resultados indican que cada entrenamiento tuvo efectos diferentes. Con el entrenamiento dado al grupo 1 se obtuvieron mejores resultados en variables como satisfacción, asertividad, nivel de ansiedad, uso de alcohol y marihuana; el entrenamiento dado al grupo 2 tuvo como efectos la reducción de conductas negativas, principalmente el nivel de agresividad y el incremento de conductas sociales positivas. Los autores concluyen que los resultados del programa son alentadores, porque pueden aplicarse intervenciones similares -basadas en el entrenamiento de habilidades sociales específicas y el juego de roles- a otros grupos de jóvenes cuyas desventajas socioeconómicas los colocan en situaciones de riesgo.

También Ison y Rodríguez (1997) llevaron a cabo un estudio con el propósito de incrementar las destrezas sociales en un grupo de niños con conductas problema de zonas urbano-marginales, mediante la aplicación de un programa

para el entrenamiento en habilidades sociales. Los participantes fueron 79 varones de 7 a 12 años de edad, 39 con conductas problema y 40 sin conductas problema, pertenecientes a un nivel socio-cultural bajo, que se designaron de manera aleatoria a cuatro grupos. El Grupo A incorporó a 20 niños con conductas problema y el Grupo B a 22 niños sin conducta problema; estos dos grupos recibieron el entrenamiento y dos grupos (C y D) fueron sus correspondientes controles. Antes y después de la intervención se aplicaron tres instrumentos: 1) la escala de auto-control de Kendall, para niños; 2) la guía de observación comportamental para niños, que evalúa conductas problema tales como agresividad física y verbal, negativismo e hiperactividad, y 3) el guión conductual para niños, que evalúa habilidades sociales, incluyendo inhibición, agresividad y asertividad.

Para el entrenamiento, se formaron 10 sub-grupos de trabajo, cada uno compuesto por dos niños con conductas problema y dos sin ellas. El programa constó de 14 módulos de enseñanza, en sesiones semanales con una duración aproximada de 30 minutos, llevadas a cabo en el ámbito escolar. Los temas trabajados fueron: introducción a las habilidades sociales, recibir y dar cumplidos, recibir y formular quejas, aprender a decir que no, pedir favores, preguntar por qué, solicitar cambio de conducta, participar y mantener conversaciones, desarrollar empatía, adquirir habilidades sociales no verbales, interactuar con otros, tomar decisiones y afrontar los conflictos. Se trabajó cada tema utilizando las estrategias de juego de roles, intercambio de papeles en distintas situaciones, retroalimentación, recapitulación de cada tema y asignación de tareas para aplicarse en otros ámbitos.

Los resultados indican que, antes del entrenamiento, se dieron diferencias significativas entre los alumnos con y sin problemas de conducta, en cuanto a agresión física y verbal, negativismo, hiperactividad e impulsividad, así como en respuestas asertivas. Después de la aplicación del programa conductual, los niños con conductas problema sometidos al entrenamiento (Grupo A) aprendieron a generar alternativas adecuadas para la solución de problemas. Los niños del Grupo B, que recibieron el entrenamiento sin haber mostrado conductas problema, incrementaron sus habilidades asertivas. Aquellos grupos

que no recibieron tratamiento no modificaron su comportamiento. Los autores concluyen que el programa de entrenamiento en habilidades sociales no sólo es efectivo para disminuir conductas problema, sino también para aumentar habilidades poco desarrolladas en los niños, tales como la asertividad.

Sim *et al.* (2006) plantean la importancia de la intervención psicológica con niños que presentan problemas de adaptación social y sufren rechazo por parte de sus compañeros. Señalan que diversos estudios han demostrado que generar relaciones positivas con los pares tiene efectos sobre el incremento en los niveles de autoestima y en las capacidades para la solución de problemas, así como con la reducción de niveles de ansiedad, depresión, soledad y conducta agresiva. Con dichas bases, llevaron a cabo un estudio que tuvo como objetivo probar la efectividad de un tratamiento para niños con problemas de rechazo social, a través del entrenamiento en habilidades sociales, incorporando en el programa a sus padres y profesores.

Participaron en este estudio 31 niños de 6 a 13 años de edad, divididos en 12 grupos. Antes y después del tratamiento se aplicaron los siguientes instrumentos a padres e hijos: Behavior assesment system for children parent report from, Self-control rating scale y Satisfactory survey. El entrenamiento se llevó a cabo en las instalaciones de una clínica psicológica. Los componentes entrenados fueron: hacer amigos, unirse a un grupo, elogiar a otros, ser un buen anfitrión, afrontar burlas, evitar peleas y manejar el enojo. Las estrategias utilizadas para dicho entrenamiento consistieron en juego de roles, reforzamiento positivo y tareas para casa. El entrenamiento para padres y maestros estuvo dirigido a que proporcionaran a los niños oportunidades para practicar las habilidades aprendidas, reforzar las conductas objetivo, desalentar conductas problemáticas y brindar apoyo en las tareas escolares.

El programa de entrenamiento fue exitoso para desarrollar en los niños habilidades de autocontrol, manejo del enojo, relaciones sociales y juego con sus compañeros, además, el 91% de los padres reportó niveles altos de satisfacción con el tratamiento.

Sukhodolsky, Golub, Stone y Orban (2005) señalan que el enojo excesivo y su inadecuada expresión, a menudo implican la presencia de psicopatología infantil, lo cual genera problemas de conducta y agresión, ocasionando desajuste social en niños y adolescentes. Por ello, llevaron a cabo un estudio con el objetivo de comparar los efectos de dos módulos multi-componentes de tratamiento, uno dirigido al entrenamiento en habilidades sociales y otro encaminado al entrenamiento en solución de problemas, para establecer su efectividad en el control del enojo. Se trabajó con una muestra de 27 niños de entre 7 y 11 años de edad, con problemas clínicos para controlar su enojo.

Las dos modalidades de tratamiento fueron comparadas entre sí y llevadas a cabo en una clínica de evaluación e intervención psicológica. Se aplicaron diversos instrumentos a padres e hijos, relacionados con problemas de agresión, habilidades sociales, problemas de conducta, y escalas conductuales (Behavioral assessment system for children, The children's inventory of anger, The pediatric anger expression inventory, The home interview scale, The social problem solving measure, The interpersonal relations scale y The relations with parents scale) antes y después de la intervención, así como en seguimiento a los tres meses. Después de la evaluación de línea base, se formaron tres grupos de 5 a 7 miembros, asignando a los participantes de manera aleatoria. Cada entrenamiento se llevó a cabo en 10 sesiones grupales de 50 minutos, conducidas por estudiantes de doctorado en psicología y sus asistentes. Ambos programas se condujeron con un sistema de puntos.

El programa de entrenamiento en habilidades sociales tuvo como objetivo enseñar a los niños respuestas competentes para situaciones de provocación, con los siguientes componentes: dar respuestas asertivas ante la provocación, ignorar provocaciones, realizar peticiones, prevenir conflictos, utilizar elementos no verbales para una comunicación efectiva en situaciones conflictivas, defender sus derechos con estrategias asertivas, responder a una acusación, escuchar, aclarar, ofrecer una solución, iniciar y mantener conversaciones, y disfrutar de un juego. Los procedimientos empleados fueron modelamiento,

juego de roles, práctica de las habilidades aprendidas y retroalimentación correctiva.

El programa de entrenamiento en solución de problemas estuvo enfocado a enseñar a los niños habilidades para el procesamiento de información social que les permita controlar el enojo, la agresión y la conducta perturbadora. Los niños fueron animados a encontrar su propia solución y evaluar su efectividad. En este caso se usaron como técnicas: la discusión guiada, la lluvia de ideas y el entrenamiento orientado a desarrollar habilidades para procesar la información social a través de su pensamiento. Se enseñó a los niños a identificar problemas en situaciones de conflicto, entender los motivos y objetivos de la otra persona, clarificar situaciones ambiguas, evitar hostilidades, cuestionar sus propios pensamientos automáticos acerca de la intencionalidad agresiva de las acciones de otra persona, generar explicaciones alternativas, generar soluciones, identificar y evaluar las consecuencias de sus acciones y las de otros, identificar la mejor estrategia para solucionar un problema basado en la consideración de múltiples opciones y consecuencias, así como a integrar las habilidades de pensamiento para generar soluciones.

Durante la evaluación inicial no se encontraron diferencias entre los grupos, después del tratamiento ambos grupos mostraron mejoría en habilidades sociales y en control del enojo, pero los niños que participaron en el entrenamiento en habilidades sociales obtuvieron mejores resultados que los que recibieron entrenamiento en solución de problemas, en la mayoría de los indicadores evaluados. Los datos de seguimiento indican que los cambios conductuales positivos persistieron. Los autores concluyen que los dos entrenamientos son efectivos para reducir los reportes de agresión y problemas de conducta, así como para incrementar los auto-reportes de relaciones adecuadas con pares y con padres. Pero aclaran que, en confirmación de los hallazgos de una investigación previa llevada a cabo por Edwin en 1994, el tratamiento enfocado a la práctica de habilidades sociales fue más efectivo que el enfocado a las habilidades de pensamiento para la solución de problemas.

Beelmann y Lösel (2006) llevaron a cabo una revisión de las publicaciones (en inglés y alemán) que reportan investigaciones realizadas durante el periodo

comprendido entre 1980 y 2000, relativas al entrenamiento de habilidades sociales para la prevención de la delincuencia, en poblaciones de niños y adolescentes. Los autores llevan a cabo el meta-análisis de 84 estudios, seleccionados de acuerdo a seis criterios: 1) estar orientados al entrenamiento en las habilidades sociales, 2) contar con un diseño experimental aleatorio y con datos pre-post intervención que permitan conocer su efectividad, 3) haberse aplicado a usuarios con menos de 18 años de edad, 4) enfocarse a la prevención primaria o secundaria de conductas antisociales, y 5) proporcionar resultados que incluyan mediciones de las conductas antisociales, así como de competencias sociales, como habilidades de interacción, conducta pro-social, autocontrol y solución de problemas. Se revisaron 127 tratamientos aplicados a grupos experimentales, con su correspondiente grupo control, en una población total de 16,500 niños y adolescentes. En su mayoría, los estudios se llevaron a cabo con muestras menores a 50 participantes.

Según la descripción de los autores, los modelos teórico-metodológicos más utilizados para el diseño y aplicación de los programas de entrenamiento fueron, en ese orden, el cognitivo-conductual (35%), el conductual (28%) y el cognitivo (21%); el resto de los estudios (15%) correspondió a consejería y psicoterapia. En general, la duración de los programas fue relativamente corta, en su mayoría de 10 sesiones o menos, durante un período no mayor a los dos meses. El tipo de entrenamiento más común fue el grupal, dentro del contexto escolar (74%). La edad de los niños, en la mayoría de los estudios revisados, se encontró en un rango entre los 7 y los 12 años. Los estudios, en su mayor parte, fueron dirigidos a una prevención secundaria, es decir se enfocaron en poblaciones que presentaban factores de riesgo de conducta anti-social.

El análisis de los reportes de investigación indicó que los programas cognitivo-conductuales fueron los únicos que reportaron efectos significativos del entrenamiento, tanto en lo relativo a disminución de conducta antisocial como en el desarrollo de habilidades sociales, en datos de post-intervención y seguimiento. Por otro lado, al analizar las diferencias en los resultados de los programas, se encontró que cuando las personas que proporcionaron el entrenamiento fueron los propios autores, el personal del proyecto o

estudiantes entrenados y supervisados, los efectos de los programa fueron mejores, en comparación con las aplicaciones realizadas por maestros o para-profesionales.

Otro hallazgo del meta-análisis fue que los estudios reportaron mayores efectos cuando los entrenamientos estuvieron encaminados a la prevención secundaria, es decir, cuando las poblaciones ya mostraban tendencias antisociales o factores de riesgo, en comparación con programas aplicados para desarrollar competencias sociales en poblaciones generales que no mostraban dichos factores de riesgo. Además, los estudios con muestras menores a 30 participantes tuvieron los efectos más poderosos, en tanto que los estudios con una muestra mayor a 100 participantes obtuvieron efectos bajos, lo cual hace concluir a los autores que los estudios con muestras pequeñas son mejores (Beelmann & Lösel, 2006).

Por su parte, Dib y Sturmey (2007) señalan que diversas investigaciones han demostrado la utilidad del análisis conductual aplicado a la adquisición, generalización y mantenimiento de una variedad de habilidades a personas de todas las edades, a través del entrenamiento en habilidades de conducta. Así, se ha demostrado que el uso de técnicas conductuales es altamente efectivo para enseñar una variedad de conductas, logrando éxito tanto en la adquisición, como en la generalización y mantenimiento de las conductas entrenadas. Entre las principales técnicas desarrolladas dentro del modelo conductual, se incluyen: la instrucción verbal, el modelamiento, el ensayo conductual y la retroalimentación para el aprendizaje.

Por otro lado, Buggey (2007) empleó la técnica del auto-modelamiento para modificar y entrenar conductas en niños, refiere que se ha encontrado que los modelos más eficaces tienden a ser individuos cercanos a la edad del sujeto, con características similares en género, personalidad, raza, y humor. Afirma que los videos donde se muestra a un modelo con maestría absoluta de la conducta expuesta, no es una estrategia tan eficaz como aquella en la cual el modelo no es experto en la tarea y finalmente aprende a actuar con eficacia frente a la situación. Menciona que otro de los beneficios de utilizar el auto-modelamiento es que, al momento de hacer los videos, los propios modelos

pueden tener beneficios, por ejemplo más prestigio, mejorar la retención de las habilidades recientemente adquiridas y el aprendizaje de la responsabilidad.

Por otro lado, se ha comprobado que el uso de técnicas y componentes derivados de la intervención cognitivo conductual también han sido de gran utilidad y eficacia para tratar diversos problemas, como el trastorno por estrés postraumático, disminución de consumo de alcohol y drogas, y trastornos de pánico con población adulta. En el entrenamiento de componentes y estrategias derivados del enfoque cognitivo-conductual se han entrenado los componentes de habilidades sociales, asertividad, solución de problemas y autocontrol, a través de estrategias tales como: instrucciones, modelamiento, ensayo conductual, retroalimentación, refuerzo positivo, juego de roles y práctica reforzada, con resultados efectivos para disminuir significativamente síntomas en personas expuestas a experiencias traumáticas (Turner & Beidel, 2005).

Asimismo, se corroboró la utilidad y efectividad de las estrategias didácticas derivadas del enfoque cognitivo conductual, tales como instrucciones verbales, modelamiento, ensayos conductuales y retroalimentación, en la adquisición y mantenimiento de diversas habilidades sociales y solución de problemas para disminuir problemas de consumo de alcohol y otras drogas (Barragán, González, Medina-Mora & Ayala, 2005). También han mostrado eficiencia los entrenamientos en reestructuración cognitiva, respiración diafragmática y relajación muscular, entre otros componentes, lo cual avala la efectividad de la terapia cognitivo conductual para pacientes adultos con trastornos de pánico significativo (Garriga, Martín & López-Soler, 2009).

A manera de síntesis, con base en el análisis de los estudios revisados, en la Tabla 2 se presenta un resumen con las principales características, tales como estrategias, componentes, diseño del estudio, número y frecuencia de las sesiones y resultados obtenidos de las intervenciones anteriormente analizadas.

Una vez examinados los planteamientos teóricos y las intervenciones que han demostrado su eficacia en la solución de diversas problemáticas, se examinaron algunos programas de entrenamiento en habilidades sociales,

dirigidos a niños y adolescentes, estructurados bajo el enfoque cognitivo conductual y la teoría del aprendizaje social. En ellos se incluyeran los componentes y estrategias de entrenamiento señalados en los estudios revisados previamente. Esta revisión tuvo como propósito analizar cómo se han estructurado y dirigido programas de entrenamiento en las habilidades sociales (EHS) con niños, analizar el formato de entrenamiento y la utilización de las estrategias, con el fin de considerar aspectos metodológicos para el diseño de una intervención basada en el entrenamiento en habilidades sociales para menores en situación de institucionalización.

Tabla 2. Principales características de intervenciones con menores, basadas en el entrenamiento de las habilidades sociales.

Autor	Estrategias y componentes	Diseño	Sesiones y grupos	Resultados
Pösel, Horn, Groen & Hautzinge (2004)	Juego de roles, reestructuración cognitiva, asertividad y habilidades sociales	Pre-post, asignación aleatoria, grupo control y experimental	10 sesiones 90 minutos dos veces por semana	Disminución de síntomas depresivos
Spence, Donovan & Brechman-Toussain (2000)	Reestructuración cognitiva, solución de problemas, habilidades sociales, manejo de ansiedad, autoinstrucciones positivas, modelamiento, juego de roles, reforzamiento, tareas para casa y relajación	Pre-post con seguimiento, asignación aleatoria, y 3 grupos (control y experimental)	12 sesiones 90 minutos 2 psicólogos grupos 6-8 niños	Reducción de la ansiedad social e incremento en las habilidades sociales en niños con fobia social
Olivares y García (2002)	Habilidades sociales, juego de roles, ensayo conductual y tareas	Cuasi-experimental de caso único, pre-post y seguimiento	29 sesiones 60 minutos dos veces por semana entrenamiento o individual y grupal	Disminución o desaparición de respuestas de ansiedad social, incremento de las habilidades sociales
Nitkowski, Petermann, Buttner,	Autocontrol, solución de problemas sociales,	Grupo control y experimental	8 a 13 sesiones individuales	Descenso en problemas de conducta y

Krause-Leipoldt & Petermann (2009)	entrenamiento en relajación, ensayos conductuales, juego de roles, retroalimentación y comportamiento prosocial		50 a 100 minutos y tres sesiones grupales	aumento en comportamiento prosocial
Guglielmo & Tryon (2001)	Habilidades sociales, instrucciones, modelado, práctica reforzada y discusión grupal	Pre-post Grupo control y experimental		Incremento en las habilidades de compartir y permanecer en grupo en niños con retrasos en el desarrollo
Schlitz & Schlitz (2001)	Habilidades Sociales, modelamiento, juego de roles y actividades de aprendizaje cooperativo	Pre-post	25 sesiones Sesiones diarias en el aula de 40 minutos	Incremento en las habilidades sociales en niños y adolescentes con retraso cognitivo de moderado a severo
Savidge et al. (2004)	Habilidades sociales, reestructuración cognitiva, juego de roles, discusión grupal y solución de problemas	Pre-post	6 sesiones de 90 minutos, conducidos por dos psicólogos y dos asistentes grupo de 5-6 niños	Reducción de conductas anormales y de problemas sociales en niños socialmente desorganizados (Asperger y TDAH)
Hovell et al.(2001)	Habilidades sociales, instrucciones, modelado, juego de roles, retroalimentación, reforzadores, discusión grupal y uso del condón	Pre-post, 2 grupos de entrenamiento	12 sesiones 90 a 120 minutos 3 sesiones semanales	Asertividad, disminución del nivel de ansiedad y del uso de alcohol y marihuana en el grupo 1; y reducción de agresividad e incremento de conductas sociales positivas en el grupo 2
Ison y Rodríguez (1997)	Habilidades sociales, solución de conflictos, juego	Pre-post, asignación aleatoria,	14 módulos en sesiones semanales	Disminución de conductas problema y

	de roles, retroalimentación y tareas	grupos control y experimental	30 minutos en el aula grupos de 4 niños	aumento de habilidades poco desarrolladas
Sukhodolsk y, Golub, Stone & Orban (2005)	Habilidades sociales, solución de problemas, reestructuración cognitiva, juego de roles, modelamiento, retroalimentación y práctica	Pre-post y seguimiento	10 sesiones de 50 minutos, conducidas por psicólogos. Grupos de 5 a 7 miembros	Incremento en habilidades sociales y solución de problemas para el control del enojo
Sim, Whiteside, Dttner & Mellon (2006)	Habilidades sociales, juego de roles, reforzamiento y tareas	Pre-post		Desarrollo de habilidades de autocontrol, manejo del enojo e incremento de relaciones sociales en niños con problemas de adaptación social y rechazados por los pares
Dib & Sturmey (2007)	Instrucción verbal, modelamiento, ensayo conductual y retroalimentación	Pre-post		Utilidad del análisis conductual aplicado a la adquisición, generalización y mantenimiento de conductas

Programas de intervención basados en el entrenamiento de habilidades sociales

El desarrollo de habilidades sociales en los niños ha recibido una enorme atención clínica y de investigación. La razón del gran interés por las habilidades sociales infantiles se debe a diversos factores. En primer término, las investigaciones retrospectivas han encontrado relación entre las habilidades sociales en la infancia y el posterior funcionamiento académico social y

psicológico. Por otro lado, en las escuelas, principales agentes de la socialización del niño, se ha reconocido la importancia de las habilidades sociales y de los comportamientos interpersonales para una buena adaptación en la vida; en las escuelas los niños pueden mostrar comportamientos inadecuados y mal adaptivos, los cuales tienen un efecto negativo en el desarrollo de unas buenas relaciones con los compañeros y de un rendimiento escolar satisfactorio.

Por las razones expuestas, se ha producido una demanda de estrategias sistemáticas y efectivas para la aplicación de programas de enseñanza de las habilidades sociales en niños. El reconocimiento de estos factores ha llevado a la búsqueda de estrategias terapéuticas y preventivas efectivas, entre las que la enseñanza de las habilidades sociales se considera una importante aproximación (Michelson *et al.*, 1987).

En contextos hispanos y mexicanos se han desarrollado algunos programas encaminados a poblaciones de niños y adolescentes. Entre ellos se encuentra el *Programa de habilidades sociales en la enseñanza secundaria obligatoria* (Luca de Tena *et al.*, 2001); surge para ser aplicado en el aula, ya que los autores consideran que el proceso de enseñanza y aprendizaje escolarizado no queda relegado al conocimiento de ciencias, sino que la formación incluye la transmisión de conocimientos, procedimientos y actitudes al alumnado, que lo doten de habilidades que le permitan desarrollarse de manera integral.

Estos autores, diseñaron un entrenamiento en habilidades sociales, dirigido a incrementar la conducta adaptativa y pro-social de los menores, enseñando las habilidades necesarias para una interacción social exitosa, con el fin de conseguir la satisfacción interpersonal. Este programa consta de cuatro componentes estructurados: entrenamiento en habilidades, reducción de la ansiedad, reestructuración cognitiva y entrenamiento en solución de problemas, cuenta con un formato de entrenamiento grupal de cinco a seis participantes, en sesiones de 45 minutos. Utiliza las técnicas de instrucción, modelado, juego de roles o dramatización, retroalimentación y tareas para casa.

Por otro lado, el programa *Deusto 14-16: Desarrollo de habilidades sociales*, de Martínez y Marroquín (1997) está dirigido a los adolescentes de secundaria, se enfoca en el desarrollo de habilidades sociales e incorpora elementos como entrenamiento en empatía, reestructuración cognitiva, manejo de sentimientos y solución de problemas; para el entrenamiento utiliza estrategias de modelamiento, representación de papeles, retroalimentación y tareas.

Otro programa denominado *Habilidades para la vida* de Carrasco y Adame (2001), surge para ayudar a desarrollar competencias y habilidades sociales en los menores. Los autores consideran que la educación implica más que la transmisión de información sobre una serie de materias tradicionales. Ponen énfasis en la relevancia de integrar en el currículo formativo contenidos que contribuyan al desarrollo integral de los menores, por lo que incluyen en su programa módulos enfocados a la educación para la salud y la enseñanza de una serie de recursos y habilidades, que faciliten la integración y el desenvolvimiento satisfactorios en los planos individual y social.

Este programa se enfoca en el desarrollo de habilidades sociales, autoestima, entrenamiento en solución de problemas, educación para la salud con énfasis en disminución en el consumo del tabaco, así como en la preparación para los cambios físicos de la adolescencia. El programa está enfocado para su aplicación en el contexto escolar, con guiones y orientaciones prácticas para facilitar en las escuelas el modelo educativo integral. Asimismo, utiliza estrategias derivadas de los principios del aprendizaje por observación, en sesiones grupales.

Como se desprende de la exposición de los programas realizados en el área, las intervenciones basadas en el entrenamiento de habilidades sociales han demostrado efectividad y utilidad en la prevención y el tratamiento de diversas problemáticas durante la niñez, la adolescencia e incluso en la edad adulta. Debido a lo anterior, para la presente investigación se retomaron algunos elementos para el diseño de una intervención cognitivo conductual, a ser aplicada con niños y adolescentes en situación de institucionalización. Entre los principales componentes, se retomaron: el entrenamiento en habilidades sociales, la reestructuración cognitiva, la solución de problemas y el manejo de

la ansiedad; con respecto a las estrategias empleadas, las que han demostrado mayor efectividad son: modelado, juego de roles, instrucción verbal, retroalimentación, reforzadores y tareas. También se consideró indicado el formato de entrenamiento grupal, con grupos de cinco a siete participantes.

Entre los programas que sirvieron como base para la presente investigación, resaltan dos programas. Ambos, basados en el enfoque cognitivo conductual, y derivadas de la teoría del aprendizaje social: el *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS)* para niños y niñas en edad escolar de Inés Monjas (1999), y el *Juego del optimismo para niños con cáncer y sus familias* reportado por Andrómeda Valencia (2007).

El *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS)* para niños y niñas en edad escolar, de Inés Monjas (1999), es uno de los programas de intervención en habilidades sociales más representativos para niños. Se ha aplicado con distintos grupos y con distintos tipos de niños y niñas (sin problemas, deficientes mentales, con problemas de comportamiento, etcétera) en distintos niveles escolares, en centros escolares ordinarios y de integración, en los hogares, y ha sido utilizado por profesores y padres. Es un programa que ha demostrado efectividad para enseñar competencia escolar y habilidades sociales a niños en edad escolar, que presenten dificultades en las relaciones interpersonales, principalmente rechazo y necesidades educativas especiales. Este programa retoma elementos del programa de enseñanza de Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia, de Goldstein. El objetivo del programa PEHIS es la promoción de la competencia social en niños en edad escolar, el desarrollo y fomento de las relaciones interpersonales positivas con los iguales y con los adultos de su entorno social.

Dicho programa de entrenamiento de habilidades sociales, señala que las habilidades sociales se adquieren mediante una combinación del desarrollo y del aprendizaje. Propugna que a lo largo de la vida se va aprendiendo a ser de determinada forma, de modo que las respuestas que emite el sujeto en una situación interpersonal dependen de lo aprendido en sus interacciones anteriores con el medio social. El niño en su interacción interpersonal va aprendiendo un comportamiento social que se muestra después en forma

puntual y situacional. La autora concuerda con la teoría del aprendizaje social, al referir que las habilidades de interacción social se aprenden a través de los siguientes mecanismos:

A) Aprendizaje por experiencia directa: donde las conductas interpersonales están en función de las consecuencias (reforzantes o aversivas) aplicadas por el entorno después de cada comportamiento social.

B) Aprendizaje por observación: el niño aprende conductas de relación como resultado de la exposición ante modelos significativos. Muchos comportamientos se aprenden por observación de otras personas, los modelos a los que se ven expuestos los niños son muy variados y éstos pueden ser tanto presentes como simbólicos.

C) Aprendizaje verbal o instruccional: el sujeto aprende a través de lo que se le dice, a través del lenguaje hablado o por medio de preguntas, instrucciones, incitaciones, explicaciones o sugerencias verbales.

D) Aprendizaje por feedback o retroalimentación interpersonal: es la explicación, por parte de observadores, de cómo ha sido nuestro comportamiento, lo que ayuda a la corrección del mismo sin necesidad de ensayos.

El Programa de enseñanza de habilidades de interacción social de Monjas (1999) incluye una serie de componentes que abarca distintas dimensiones del comportamiento social, cuenta con un conjunto de *técnicas* conductuales y cognitivas para su entrenamiento. Esta es una estrategia de intervención para enseñar conductas y habilidades interpersonales a niños y niñas, principalmente en ambientes educativos (escuela) y en el contexto familiar (casa). En esta revisión sólo se contempló el entrenamiento en la escuela, ya que está dirigido a los menores, en tanto que en el entrenamiento en casa, la población objetivo son los padres.

Los *componentes* del programa comprenden treinta habilidades de interacción social, agrupadas en seis áreas (Ver Tabla 3). Estas son: habilidades básicas de interacción social, habilidades para hacer amigos y amigas, habilidades conversacionales, habilidades relacionadas con los sentimientos, emociones y

opiniones, habilidades de solución de problemas interpersonales, y habilidades para relacionarse con los adultos. Estas áreas y habilidades sociales no están ordenadas secuencialmente, pero dentro de cada área existe progresión de dificultad o una secuenciación lógica.

Tabla 3. Lista de áreas de habilidades sociales del Programa de habilidades de interacción social (PEHIS), (Monjas, 1999).

<p>Área 1. Habilidades básicas de interacción social</p> <p>Sonreír y reír</p> <p>Saludar</p> <p>Presentaciones</p> <p>Favores cortesía y amabilidad</p>	<p>Área 2. Habilidades para hacer amigos y amigas</p> <p>Reforzar a los otros</p> <p>Iniciaciones sociales</p> <p>Unirse al juego con los otros</p> <p>Ayuda</p> <p>Cooperar y compartir</p>
<p>Área 3. Habilidades conversacionales</p> <p>Iniciar conversaciones</p> <p>Mantener conversaciones</p> <p>Terminar conversaciones</p> <p>Unirse a la conversación de otros</p> <p>Conversaciones de grupo</p>	<p>Área 4. Habilidades relacionadas con los sentimientos, emociones y opiniones</p> <p>Autoafirmaciones positivas</p> <p>Expresar emociones</p> <p>Recibir emociones</p> <p>Defender los derechos propios</p> <p>Defender las propias opiniones</p>
<p>Área 5. Habilidades de solución de problemas interpersonales</p> <p>Identificar problemas interpersonales</p> <p>Buscar soluciones</p> <p>Anticipar consecuencias</p> <p>Elegir una solución</p> <p>Probar una solución</p>	<p>Área 6. Habilidades para relacionarse con los adultos</p> <p>Cortesía con el adulto</p> <p>Refuerzo al adulto</p> <p>Conversar con el adulto</p> <p>Peticiones al adulto</p> <p>Solucionar problemas con los adultos</p>

Nota. Tabla tomada del Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (p.53), Monjas (1999).

Este programa utiliza un conjunto de técnicas conductuales y cognitivas agrupadas en un paquete de entrenamiento. Las principales técnicas componentes del paquete de intervención son las siguientes: compañeros tutores, entrenamiento auto instruccional, instrucción verbal, modelado, moldeamiento, juego de roles, reforzamiento, retroalimentación o feedback, y tareas.

El formato del entrenamiento es grupal, puede aplicarse en un grupo pequeño por ejemplo tres o cuatro niños cuando presentan deficiencias sociales importantes; en grupo medio de aproximadamente diez alumnos, y en grupo grande de alrededor de veinte alumnos.

Al estar contemplado como un programa con aplicación en el contexto escolar, no hay un número determinado de sesiones establecidas, aunque resalta la importancia de señalar y reservar un determinado tiempo al día, o varios periodos a la semana, para realizar el entrenamiento. El número de sesiones a la semana, la duración de cada una y el espaciamiento inter sesiones son aspectos que el profesor debe determinar con base en la edad, características y problemas de sus alumnos. Se recomienda con preescolares sesiones breves y frecuentes (dos o tres diarias) de diez o quince minutos; con alumnos más grandes, dos o tres sesiones a la semana, de cuarenta y cinco minutos.

El Programa de enseñanza de habilidades de interacción social de Monjas (1999) cuenta con diversas ventajas: es sumamente flexible a las necesidades del grupo en particular, ya que los componentes son independientes entre sí; el formato es grupal, por lo que se facilitan los efectos del aprendizaje vicario al contar con diversos modelos; se propicia la práctica en vivo, al producirse situaciones interpersonales de forma natural; se recibe retroalimentación y reforzamiento de distintas personas; se posibilita la generalización al ser el grupo una situación natural, y además se produce ahorro de tiempo y de recursos personales y materiales al tener grupos de hasta veinte menores. Adicionalmente, para el entrenamiento en las habilidades sociales cuenta con técnicas específicas que tienen probada eficacia para tratar diversidad de problemas, tanto psicológicos como de aprendizaje (Monjas, 1999).

Dentro de los inconvenientes de este programa está el hecho de que, al ser aplicado en el ámbito escolar, resulta difícil su aplicación por el tiempo que requiere (ciclo escolar completo), ya que implica elevados costos y tiempo.

Debido a las ventajas que el programa presenta, para el trabajo con menores institucionalizados que es el objetivo de este estudio, se consideraron y retomaron los siguientes elementos: componentes de habilidades básicas de interacción social y habilidades conversacionales del Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) de Monjas (1999), así como las técnicas con las cuales se efectúa el entrenamiento: instrucción verbal, modelado, moldeamiento, juego de roles, reforzamiento, retroalimentación o feedback y tareas, por tener probada eficacia en el entrenamiento de las habilidades sociales para el tratamiento de múltiples problemas infantiles.

El segundo programa para niños que se consideró dentro de esta investigación, debido a sus beneficios y ventajas, es el Programa de apoyo psicológico para niños con cáncer y sus familias, descrito en el Juego del optimismo de Valencia (2007). Es una intervención que ha demostrado efectividad con pacientes oncológico pediátricos, además ha sido adaptada para el tratamiento con diversos tipos de problemáticas en la niñez, como manejo de problemas de conducta, depresión y ansiedad, entre otros.

El programa es una estrategia de intervención cognitivo conductual, cuyo objetivo es incremental la adherencia terapéutica y la calidad de vida en niños con cáncer y sus familias, a través del entrenamiento en habilidades sociales, reestructuración cognitiva, solución de problemas y psicoeducación. Incluye una serie de componentes que abarcan dimensiones del comportamiento social y de autocuidado para los niños, así como un componente de seguimiento instruccional para padres dentro del contexto hospitalario y en el hogar. En esta revisión no se consideró el entrenamiento dirigido a padres, por no formar parte de la población objeto de estudio.

Los componentes de este programa comprenden psicoeducación (con respecto al cuerpo, la enfermedad y el tratamiento), habilidades sociales (comunicación asertiva y negociación), reestructuración cognitiva, y solución de problemas,

enfocados al comportamiento social. Estos componentes están ordenados secuencialmente, con criterios específicos de adquisición, a lo interno de cada uno existe una secuenciación lógica o progresión por grado de dificultad.

El tratamiento está dividido en seis módulos, el primero es de psicoeducación, el segundo y el tercero de reestructuración cognitiva, el cuarto de solución de problemas y el quinto de habilidades sociales, el sexto es para padres. Utiliza un conjunto de técnicas conductuales, entre ellas: instrucciones, modelado, juego de roles, ensayos conductuales, reforzamiento y tareas. El formato de entrenamiento es individual, con dos terapeutas; con sesiones semanales de 45 minutos, el número de sesiones es variable ya que para pasar de un módulo a otro el menor debe cubrir ciertos criterios de adquisición, adaptándose el programa a las necesidades individuales de cada sujeto.

El programa el Juego del optimismo cuenta con diversas ventajas, entre ellas la elaboración de manuales para los menores. Los terapeutas trabajan el contenido de la sesión a través del manual, tiene una versión para niños y otra para niñas (los dibujos son de acuerdo al sexo del menor), en los cuales se trabajan los diversos componentes a través de juegos, dibujos, cuentos, historietas, ejercicios por escrito y el empleo de historietas para reforzar los conceptos. Al trabajar con este tipo de materiales, los contenidos son atractivos, llamativos y divertidos para los menores, lo cual representa una gran ventaja.

Otra ventaja es que trabaja los siguientes componentes: reestructuración cognitiva, solución de problemas y habilidades sociales que han demostrado gran utilidad en el tratamiento de diversos trastornos infantiles y adolescentes.

Trabajar los componentes de forma individual puede representar una gran ventaja, porque se consideran el ritmo y las necesidades específicas del paciente; sin embargo, excluir el formato grupal y trabajar dos terapeutas por niño, representa una importante inversión de tiempo y la relación costo beneficio puede ser alta; al trabajar el componente de habilidades sociales, se considera importante modelar conductas acordes a la edad y obtener retroalimentación y reforzamiento de diversas personas, además de propiciar situaciones interpersonales en el tratamiento.

De este modo, para el desarrollo de la presente investigación, se retomaron del Programa de apoyo psicológico para niños con cáncer y sus familias (El juego del optimismo) de Valencia (2007), los elementos de reestructuración cognitiva del módulo “cambiando nuestro pensamiento” y de “solución de problemas sociales”; además de diversos elementos como la adaptación de los diferentes componentes a través de dibujos, historietas, ejercicios por escrito y juegos en la elaboración de los materiales didácticos para reforzar los conceptos.

También se consideraron para este estudio, los elementos que son susceptibles de ser utilizados en el entrenamiento de las habilidades sociales con menores institucionalizados, derivados del Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) de Monjas (1999): habilidades sociales básicas, iniciar, mantener y finalizar una conversación.

De ambos programas, se retoman las técnicas conductuales para entrenar los diversos componentes: instrucciones, modelado, juego de roles, ensayos conductuales, retroalimentación, reforzamiento y tareas.

Se considera importante describir brevemente los componentes que se emplearon en el desarrollo de la estrategia de intervención con menores de casa hogar, objetivo de esta investigación.

Técnicas y componentes considerados para la intervención

A continuación se exponen las técnicas y procedimientos básicos que componen el entrenamiento en habilidades sociales, dirigidos a que el menor aprenda a emitir respuestas socialmente adecuadas en determinadas situaciones, y que son las siguientes: instrucciones, modelado, ensayo conductual, retroalimentación, reforzamiento, y tareas para casa, técnicas basadas principalmente en la teoría del aprendizaje social; éstos procedimientos se ajustan relativamente bien a los factores que parecen intervenir en la adquisición natural de las habilidades sociales.

Instrucciones. Las instrucciones son explicaciones claras y precisas que funcionan como instigadores de las conductas que deben ejecutarse. La instrucción verbal aplicada a la enseñanza de la competencia social implica el uso del lenguaje hablado para describir, explicar, incitar, definir, preguntar o pedir comportamientos interpersonales. La instrucción verbal incluye descripciones, ejemplos, peticiones, preguntas e incitaciones respecto a la habilidad. Intenta proporcionar al sujeto información explícita sobre la naturaleza y el grado de discrepancia entre la ejecución y el criterio, también suele incluir información específica sobre lo que constituye una respuesta apropiada, anotaciones que dirigen la atención del sujeto hacia sus necesidades. El término instrucciones es más amplio, abarcando, además de lo anterior, información específica y general sobre el programa de entrenamiento en habilidades sociales o aspectos del mismo (Caballo, 2009; Monjas, 1999).

Modelado. El modelado persigue favorecer la emisión de las conductas adecuadas a través de la observación de modelos que las realizan y reciben reforzamiento por ello. El procedimiento de modelado se basa en el mecanismo de aprendizaje por observación o aprendizaje vicario y consiste en exponer al niño a uno o varios modelos que exhiben conductas que tiene que aprender. El modelamiento permite al niño ver el patrón entero de una conducta y aprender cualidades de conducta no verbal, como ver de frente a una persona, movimientos corporales que muestren seguridad en sí mismo, ser acorde en la expresión de las emociones con lo que se manifiesta verbalmente. El objetivo es ofrecer un modelado adecuado, del cual el niño pueda copiar conductas, ensayarlas en forma sistemática, repetirlas en diversos contextos e incorporarlas en su repertorio conductual (Monjas, 1999).

El menor puede aprender por observación a realizar tanto una conducta nueva como a mejorar otra que ya existía en su repertorio. La exposición a la conducta que está siendo el objetivo del entrenamiento permite el aprendizaje observacional de ese modo de actuación. Se ha demostrado que el modelado es más efectivo cuando los modelos son de edad parecida y del mismo sexo que el observador, y cuando la conducta del modelo se encuentra más próxima a la del paciente, en vez de ser altamente competente o extrema. El tiempo de

exposición al modelo parece ser también importante, exposiciones más largas producen resultados más positivos.

La presentación de modelos no sólo muestra el comportamiento de un individuo, sino también el conjunto de situaciones y señales que rodean la ejecución. La práctica se realiza por el terapeuta y los participantes, cuando el entrenamiento se hace en grupo. De esta manera también se observa la relación que existe entre la conducta y el resto de los estímulos en un contexto situacional. Los principales modelos a utilizar son los propios niños, el terapeuta y otros adultos, grabaciones, títeres, marionetas, muñecos, fotografías, dibujos, entre otros (Hidalgo & Abarca, 1999).

En la intervención conductual se ha diferenciado entre el modelado de dominio y el modelado de afrontamiento. En el primero, el modelo muestra el comportamiento deseado o habilidoso sin ningún tipo de error, y en el modelado de afrontamiento el modelo inicialmente muestra ansiedad o miedo, tiene dificultades, comete errores, pero va perseverando y gradualmente lo supera, y al final ejecuta el comportamiento de modo hábil y competente. También se ha utilizado el modelado encubierto, es una variación del procedimiento en el cual el niño imagina un modelo ejecutando los comportamientos adecuados (Caballo, 2009).

Ensayo conductual. Esta técnica consiste en asumir un papel o una característica de otra persona, animal, objeto, o de uno mismo en otro tiempo y actuar conforme a ello. Es un procedimiento en el cual se representan maneras adecuadas y efectivas de afrontar las situaciones en la vida real que son problemáticas para el paciente. Es una técnica indispensable para la adquisición y/o reforzamiento de conductas sociales, además sirve como herramienta de diagnóstico y evaluación. Los objetivos del ensayo de conducta consisten en aprender a modificar modos de respuesta no adaptativos, reemplazándolos por nuevas repuestas (Caballo, 2009).

El procedimiento básico consiste en que, en una situación simulada y artificial en la que la habilidad-objetivo se ha de poner en juego, el niño adopta un papel y ensaya la conducta deseada imitando las conductas previamente observadas

en los modelos; otra forma es que un miembro del grupo o el mismo terapeuta represente en rol del otro de los participantes mientras este último actúa como receptor u observador de la situación, de esta manera el participante logra visualizar su propio comportamiento. En el ensayo de conducta el paciente representa escenas cortas que simulan situaciones de la vida real. Se le pide al actor principal –el paciente- que describa brevemente la situación y/o problema real. Las preguntas qué, quién, cómo, cuándo, dónde son útiles para enmarcar la escena, así como para determinar la manera específica en que el sujeto quiere actuar. Un número apropiado de ensayos de conducta para un segmento o para una situación puede variar entre tres y diez (Hidalgo & Abarca, 1999).

Retroalimentación. La retroalimentación proporciona información específica al sujeto, esencial para el desarrollo y mejora de una habilidad. La retroalimentación la puede dar el entrenador, otros miembros del grupo, y ofrecerse por medio de la repetición por audio o video. El procedimiento consiste en proporcionar al niño retroalimentación de su ejecución, esto es, información de cómo ha realizado la práctica, de cómo ha aplicado la habilidad social que está aprendiendo. Suele realizarse inmediatamente después, o incluso de manera simultánea, ya que consiste en proporcionar información al paciente del grado de competencia que ha mostrado en la ejecución de las habilidades sociales durante el ensayo para que éste pueda perfeccionarlas. Este procedimiento contempla la efectividad de otras técnicas, ya que el niño recibe información de todo un grupo o del terapeuta acerca de su desempeño; va acompañada del refuerzo social positivo para mejorar su ejecución, éste debe dirigirse a las conductas positivas, ser contingente, discriminado y tener en cuenta las características del individuo (Caballo, 2009; Hidalgo & Abarca, 1999).

Reforzamiento. Tiene lugar a lo largo de las sesiones del entrenamiento en habilidades sociales y sirve tanto para adquirir nuevas conductas, recompensando aproximaciones sucesivas para aumentar determinadas conductas adaptativas en el paciente, el tipo de reforzamiento más empleado en estos programas es el verbal. Además de reforzar verbalmente al menor

que actúa, también se le puede reforzar no verbalmente por medio de la expresión facial, los asentimientos de cabeza, aplausos, palmadas en la espalda, u otras muestras de afecto. Los estudios que han empleado técnicas de reforzamiento aplicables más allá del laboratorio demuestran los resultados más positivos (Caballo, 2009; Paz *et al.* 1999).

Reforzadores. En un primer momento se le dice algo positivo al niño después de una buena ejecución, o los pares le comunican al niño que aprueban lo que ha hecho. Existen diferentes tipos de reforzadores: refuerzo social, el cual puede ser verbal, gestual, físico o mixto; refuerzo de actividad y refuerzo material, el cual puede ser desde golosinas hasta juguetes o algo que le agrade al niño (Monjas, 1999).

Tareas para casa. El último objetivo de la enseñanza de las habilidades sociales es que el paciente integre en su repertorio conductual las conductas y habilidades recientemente adquiridas. Las tareas para casa constituyen el vehículo por medio del cual las habilidades aprendidas en la sesión de entrenamiento se practican en el ambiente real, es decir, se generalizan a la vida diaria del paciente. Esta técnica consiste en encargar al niño que ponga en práctica la habilidad social que está aprendiendo en situaciones distintas. Las tareas pueden asignarse en forma de ejercicios relacionados con los déficits conductuales de cada niño. Estas son diseñadas específicamente para alcanzar los objetivos de la terapia. El terapeuta supervisa su cumplimiento y ofrece el reforzamiento adecuado a los reportes de ejecución. El grado de dificultad de las tareas se incrementa progresivamente, ajustándose al progreso del cliente.

Dentro de los beneficios derivados se encuentran los siguientes: acceso a conductas privadas, ya que la terapia continúa en la ausencia del terapeuta y se extiende a las conductas que no pueden observarse fácilmente en la terapia; eficacia del tratamiento, ya que la mayoría de los nuevos patrones de conducta necesitan ser practicados repetidamente y ser llevados a cabo en lugares diferentes; un mayor autocontrol, el implicar a los pacientes en su propio tratamiento fuera de las horas de terapia, puede ayudarles a que se vean a sí mismos como los principales agentes de cambio, y motivarles a que actúen en

beneficio de su propio interés; finalmente, transferencia del entrenamiento, lo que ayuda al paciente a transferir lo aprendido durante la terapia al mundo exterior (Caballo, 2009).

Dentro de las técnicas mencionadas anteriormente (instrucciones, modelado, ensayo conductual, retroalimentación, reforzamiento, y tareas para casa), cabe mencionar que cada una es apoyada por la investigación clínica, que ha definido una metodología de tratamiento, evaluando los componentes por separado y en su conjunto, así como los efectos de la intervención.

Respecto a los componentes, de acuerdo con Caballo (2009) los elementos que se consideran en el proceso de entrenamiento en habilidades sociales para su desarrollo completo son: habilidades sociales, reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, y manejo de la ansiedad, los cuales se describen a continuación:

Entrenamiento en habilidades sociales. El objetivo es enseñar conductas específicas que se practican y se integran al repertorio conductual del sujeto. Dado que las habilidades sociales se enmarcan dentro de la teoría del aprendizaje social, incluye procedimientos de aplicación como: instrucciones, modelado, ensayo conductual, retroalimentación y reforzamiento.

Reestructuración cognitiva. Técnicas dirigidas a modificar los pensamientos o creencias específicas que provocan las respuestas psicoemocionales y conductas desadaptadas. Entre los procedimientos de reestructuración cognitiva se encuentran: la terapia racional emotiva de Ellis y la terapia cognitiva de Beck.

Entrenamiento en solución de problemas. Se enseña al sujeto a percibir correctamente los valores de los parámetros situacionales relevantes, a procesar los valores de estos parámetros para generar respuestas potenciales, seleccionar una de esas respuestas y enviarla de manera que maximice la probabilidad de alcanzar el objetivo que impulsó la comunicación interpersonal.

Reducción de la ansiedad. Se enseña a bajar los niveles de ansiedad en situaciones sociales problemáticas. Normalmente esta reducción de la ansiedad se consigue de forma indirecta, es decir, llevando a cabo la nueva conducta más adaptativa que, generalmente es incompatible con la respuesta de ansiedad. Si el nivel de ansiedad es muy elevado, se puede emplear directamente una técnica de relajación o la desensibilización sistemática.

A manera de conclusión, de los estudios revisados previamente se desprende que el enfoque cognitivo conductual es el que ha obtenido los mejores resultados en este campo; enfoque basado en la teoría del aprendizaje Social, el cual postula que las habilidades sociales se adquieren como consecuencia de varios mecanismos de aprendizaje: reforzamiento positivo directo de las habilidades, experiencias de aprendizaje vicario u observacional (modelado), retroalimentación, y el desarrollo de expectativas cognitivas respecto a las situaciones interpersonales (Kelly, 1992).

Las intervenciones basadas en el entrenamiento de las habilidades sociales han demostrado efectividad y utilidad en la prevención y el tratamiento de diversas problemáticas durante la niñez, la adolescencia y la edad adulta, aunque poco se ha reportado en niños en situación de institucionalización.

Entonces, las investigaciones y programas de intervención que se lleven a cabo para disminuir problemas de conducta y desarrollar habilidades sociales en niños y adolescentes institucionalizados, requieren retomar un conjunto de aspectos metodológicos derivados de la intervención cognitivo conductual.

Aspectos a considerar en la intervención con niños institucionalizados

Recapitulando la revisión presentada hasta ahora, los niños que están bajo el cuidado de una institución muestran una serie de problemas físicos, psicológicos, emocionales, sociales -particularmente de falta de habilidades sociales- y de conducta; problemas derivados tanto del maltrato al que han sido expuestos (motivo en la mayoría de los casos de institucionalización), como del ambiente en el cual se encuentran inmersos.

Los reportes de investigación señalan que la falta de habilidad social es un factor de riesgo para el desajuste psicológico, tanto en la infancia como en la edad adulta. Existe una amplia evidencia de que las habilidades sociales tienen implicaciones importantes tanto para la adaptación del niño como para un sano ajuste psicológico a largo plazo. Es muy importante resaltar que el déficit de habilidad social en la niñez conlleva dificultades en el establecimiento y desarrollo de relaciones con los pares y adultos, provocando aislamiento social, el cual está asociado a diversas psicopatologías y conductas desadaptadas.

Existe coincidencia entre diversos autores de que la falta de habilidad social es un factor de riesgo para el desajuste psicológico, tanto en la infancia como en la adolescencia y edad adulta. Existe una amplia evidencia de que las habilidades sociales tienen implicaciones importantes tanto para la adaptación del niño como para un sano ajuste psicológico a largo plazo (Guglielmo & Tryon, 2001; Savidge *et al.*, 2004; Schlitz & Schlitz, 2001).

Entre los posibles problemas, psicopatologías o desajustes derivados del déficit en habilidad social, se encuentran síntomas depresivos, ansiedad, fracaso escolar, agresión, baja autoestima, conductas antisociales y delictivas; los cuales son factores de riesgo a mediano y largo plazo para el abuso de sustancias, intentos de suicidio, dependencia económica, desempleo, además de problemas relacionados con el abuso en el consumo de sustancias tóxicas en la adultez (Olivares & García, 2002; Spence *et al.*, 2000). De este modo se observa una estrecha relación entre la falta de habilidad social y el adecuado funcionamiento psicológico.

La psicología ha encaminado sus esfuerzos en las últimas décadas a desarrollar intervenciones para enseñar una variedad de conductas. Existe amplia evidencia de que las intervenciones cognitivo conductuales son altamente efectivas para este fin, logrando éxito tanto en la adquisición, como en la generalización y el mantenimiento de las conductas entrenadas, permitiendo a los niños y adolescentes adquirir mediante el uso de diversas técnicas y componentes, las habilidades sociales necesarias que les permitan tener una mejor interacción con pares y adultos, ayudando a mejorar su

adaptación social y a prevenir futuras complicaciones asociadas al desajuste emocional y los efectos que éste implica.

A pesar de los considerables problemas psicológicos y sociales asociados al déficit de habilidades sociales que presentan como característica los niños institucionalizados, en México no se han desarrollado programas de intervención que se enfoquen al tratamiento y mejoramiento de las habilidades sociales en esta población.

La presente investigación retoma las consideraciones antes expuestas, así como los principales hallazgos de la investigación en el campo, para fundamentar social, teórica y metodológicamente un programa de intervención dirigido a niños en situación de institucionalización. El programa tiene como objetivo desarrollar las habilidades sociales en menores que han sido expuestos, muchas de las veces, al maltrato físico, abandono y omisión de cuidados por sus tutores o cuidadores.

MÉTODO

Ante el panorama expuesto en los capítulos anteriores, se plantearon dos preguntas generales de investigación:

1.- A través de un Programa de intervención cognitivo conductual ¿es posible desarrollar habilidades sociales en un grupo de menores institucionalizados?

2.- ¿Cuáles son los efectos de dicho programa sobre las habilidades sociales y sobre otras variables psicológicas como auto-estima, ansiedad y depresión?

Objetivos

Objetivo General

El objetivo de la presente investigación fue desarrollar e instrumentar una intervención basada en el entrenamiento en las habilidades sociales bajo el enfoque cognitivo-conductual, y medir sus efectos sobre diversas variables psicológicas, tales como ansiedad, autoestima y depresión, en niños en situación de institucionalización.

Objetivos específicos

- Describir las habilidades sociales en una muestra de niños institucionalizados.
- Describir las características psicológicas, tales como ansiedad, autoestima, y depresión en una muestra de niños institucionalizados.
- Conformar los contenidos del programa de entrenamiento en habilidades sociales y validarlos a través de jueces expertos en el tema.
- Diseñar y ajustar los contenidos del programa de intervención para el desarrollo de habilidades sociales en niños institucionalizados.
- Instrumentar el programa de intervención para el desarrollo de habilidades sociales en niños institucionalizados.
- Evaluar la adquisición de las habilidades sociales en los niños institucionalizados.
- Evaluar los efectos del entrenamiento en habilidades sociales sobre las variables psicológicas asociadas, tales como ansiedad, autoestima y depresión.

- Evaluar el mantenimiento de las habilidades sociales adquiridas por los niños, al mes, tres meses y seis meses de finalizado el proceso de intervención.

Procedimiento

En el presente capítulo se describen las características de la investigación realizada, integrada por tres fases y un estudio. En la primera fase se evaluaron y describieron las habilidades sociales/asertividad y las características psicológicas de una muestra de menores institucionalizados; las variables evaluadas fueron: ansiedad, depresión y autoestima. La segunda fase se realizó para la obtención de una lista de conductas o habilidades para conformar los contenidos del programa de entrenamiento, así como su validación por jueces expertos en el tema. En la tercera fase se conformaron los componentes del programa y se realizó una aplicación piloto para probar si las instrucciones, contenidos y materiales eran comprensibles para los menores (niños y adolescentes) institucionalizados. Después de realizar los ajustes al programa, se llevó a cabo el Estudio 1.

- FASE 1
 - Evaluación y descripción de las habilidades sociales y las características psicológicas de ansiedad, autoestima y depresión, en un grupo de niños institucionalizados.
- FASE 2
 - Conformación de los contenidos del programa de entrenamiento en habilidades sociales. Validación por jueces expertos.
- FASE 3
 - Diseño y ajuste de los contenidos de un programa de intervención para el desarrollo de habilidades sociales en niños institucionalizados.

- ESTUDIO 1
 - Aplicación y evaluación de los efectos del programa de intervención para el entrenamiento de las habilidades sociales en niños institucionalizados.
 - Seguimiento al mes, tres meses y seis meses.

A continuación se expone cada etapa de la investigación.

FASE 1

- **EVALUACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES Y LAS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE ANSIEDAD, AUTOESTIMA Y DEPRESIÓN, EN UN GRUPO DE NIÑOS INSTITUCIONALIZADOS**

Planteamiento del problema

Los menores bajo situación de institucionalización suelen presentar una serie de características psicológicas tales como déficit en habilidades sociales/asertividad, altos niveles de ansiedad, baja autoestima y depresión, entre otros (Ahmad *et al.* 2005; Boy, García & Torreblanca, 1985; Miller *et al.*, 2009). Esta población suele mostrar un rendimiento por debajo del promedio en el funcionamiento cognoscitivo, entre ellos problemas de aprendizaje y atención; provienen de un ambiente en el cual fueron expuestos a abuso y maltrato, razón por la cual se encuentran bajo el cuidado de una institución -el cual a su vez contribuye al déficit de funciones en el desarrollo-. Dadas las características que los menores desarrollan dentro de estos espacios, fue de interés evaluar y describir el nivel de habilidades sociales, y de las variables psicológicas de ansiedad, autoestima y depresión en una muestra de esta población.

Objetivos

Objetivo general

Evaluar y describir las habilidades sociales y las características psicológicas ansiedad, autoestima y depresión, en un grupo de niños mexicanos institucionalizados.

Objetivos específicos

- Conocer el nivel de habilidad social/asertividad que tienen los menores en situación de institucionalización.

- Conocer el nivel de ansiedad que tienen los menores en situación de institucionalización.
- Conocer el nivel de autoestima que tienen los menores en situación de institucionalización.
- Conocer el nivel de depresión que tienen los menores en situación de institucionalización.

MÉTODO

Variables

- Habilidades sociales
- Ansiedad
- Autoestima
- Depresión

Definición conceptual de las variables

Habilidades sociales: se definen como el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de una persona de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras que minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 1993).

Ansiedad: se define como una sensación consciente de miedo y aprensión que se anticipa a una amenaza o peligro. La ansiedad se acompaña de alteraciones fisiológicas tales como: palpitaciones, sensación de ahogo, náuseas, sudoración, cambios musculares, temblores, torpeza muscular, sensación de pérdida de control sobre el ambiente, entre otros. Se acompaña de conductas de retirada y huida (Martínez, 1995).

Autoestima: se refiere a la satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una actitud evaluativa de aprobación que siente hacia sí mismo. La autoevaluación está basada en una combinación

de información objetiva que tiene el individuo acerca de sí mismo y una evaluación subjetiva de esta información (Caso, 1999).

Depresión: se describe como un estado de infelicidad que se produce una y otra vez con regularidad cíclica. Se caracteriza por humor triste, pérdida del interés y disfrute de las cosas, disminución de la vitalidad que lleva a una reducción de nivel de actividad y un cansancio exagerado. Otros síntomas son: disminución de atención y concentración, pérdida de confianza en sí mismo y disminución de la autoestima, ideas de culpa e inutilidad, pensamientos y actos de autoagresión o suicidas, perspectiva sombría y pesimista del futuro, trastornos del sueño y pérdida del apetito (Rosenzweig & Leiman, 1992).

Institucionalización: se entiende por institucionalización al proceso que se lleva a cabo cuando un menor es expuesto a situaciones que afectan su seguridad en general. Los niños institucionalizados con aquellos menores que viven en casa hogar o internado y están bajo el cuidado y la tutela de las instituciones, donde los lazos familiares pueden estar temporalmente rotos o ser inexistentes (Pereira, 1997).

Definición operacional de las variables

Puntaje obtenido en la Escala de conducta asertiva para niños (CABS) de Michelson y Wood (1982).

Puntaje obtenido en la Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada (CMAS-R) de Reynolds y Richmond (1997).

Puntaje obtenido en el Inventario de Autoestima de Coopersmith para Niños (Coopersmith, 1959 en Verduzco *et al.* 1994).

Puntaje obtenido en la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (2003).

Tipo de estudio

Se consideró para esta fase un tipo de estudio descriptivo, de campo, ex -post-facto y transversal, con una muestra. Es descriptivo porque se identificaron y

describieron las características psicológicas y del comportamiento relacionado con las habilidades sociales de los menores; de campo porque se trabajó en el ambiente natural de los niños; ex-post-facto debido a que no se manipularon variables ni se crearon situaciones específicas (Kerlinger & Lee, 2002), y de tipo transversal porque se llevó a cabo en una sola medición así como en un solo momento a cada sujeto (Hernández, Fernández y Baptista, 2001).

Participantes

Se trabajó con 26 menores institucionalizados provenientes del Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la Procuraduría del Distrito Federal, que fueron ingresando durante 6 meses por problemas jurídicos relacionados con maltrato físico, abandono, omisión de cuidados, abuso sexual y/o problemas de custodia. Los instrumentos de habilidades sociales y las variables psicológicas de ansiedad, autoestima y depresión se aplicaron conforme los niños fueron ingresando al centro. Se trabajó con estos menores únicamente en esta etapa de la investigación.

Criterios de inclusión

Tener entre 8 y 12 años de edad.

Estar bajo el cuidado de la institución

Escenario

La sala multiusos (comedor y sala de tareas) y el espacio de psicología de la institución.

Instrumentos

Para la evaluación de las habilidades sociales y las variables psicológicas de ansiedad, autoestima y depresión se utilizaron los siguientes instrumentos psicométricos:

Escala de conducta asertiva para niños (CABS) (Michelson & Wood, 1982).

La escala de conducta Asertiva para niños elaborada por Michelson y Wood (1982), y revisada por Aguilar (1995), está formada por 27 reactivos relacionados con la conducta asertiva, agrupados en: empatía, dar y recibir cumplidos o quejas, iniciar conversaciones y hacer peticiones. Esta escala se agrupa en dos factores, el Factor 1 agrupa los reactivos que exploran el componente de expresar sentimientos positivos y negativos, dar y recibir cumplidos, y hacer y recibir críticas. El Factor 2 se refiere a sentimientos de culpa y enojo. Las propiedades psicométricas originales, obtenidas por Michelson y Wood (1982) fueron mediante una confiabilidad interna de interjueces, un test retest y análisis factorial.

Lara y Silva (2002) llevaron a cabo un trabajo de estandarización de la Escala, trabajaron con 1467 niños y adolescentes entre 9 y 17 años de edad. Se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de .80. Se realizó un análisis factorial y un análisis discriminativo de los reactivos, todos resultaron significativos (.05). Los autores obtuvieron las nuevas normas mediante el procedimiento de cálculo de cuartiles para la calificación de la Escala de Asertividad para niños de Michelson y Wood. Se califica mediante una escala tipo lickert, en un continuo del 1 al 5, donde 1 es la respuesta asertiva, 2 es la menos pasiva, 3 es la más pasiva, 4 es la menos agresiva y 5 es la más agresiva. La calificación se obtiene sumando los puntajes de los reactivos. Un puntaje menor de 42 puntos implica asertividad, entre 43 y 46 puntos se denomina “menos pasivo”, de 47 a 50 “más pasivo”, de 51 a 57 se clasifica como menos agresivo y de 58 a 135 como más agresivo. La escala es inversa, entre menor sea el puntaje más asertiva es la persona y mientras mayor sea el puntaje es más agresiva.

Como se señaló, la clasificación de la conducta a lo interno de la escala se divide en estilo asertivo, pasivo o agresivo. El estilo asertivo se caracteriza por el respeto a los derechos propios y a los de los demás; entre mayor conducta asertiva tienen los niños, alcanzan mejor competencia social, creatividad y desarrollo cognitivo. El estilo pasivo se caracteriza por indefensión, sometimiento y culpa, en general conductas que impiden defender los derechos propios e implican aceptar todo lo que se les pida; tiene la ventaja de que no se

recibe el rechazo directo de los demás, pero la desventaja de que los demás se aprovechan de la persona. Finalmente, el estilo agresivo, donde la conducta se caracteriza por peleas, acusaciones y amenazas, en general todas aquellas actitudes que signifiquen agredir a los demás sin tomarlos en cuenta; la persona agresiva tiene la ventaja de no ser víctima de otras personas, pero la desventaja de que con esa conducta la gente empieza a aislarla.

Escala de ansiedad manifiesta en niños (revisada) CMAS-R (Reynolds & Richmond, 1997).

Es un instrumento de auto-informe, que consta de 37 reactivos, agrupados en cuatro subescalas: ansiedad fisiológica, inquietud/ hipersensibilidad, preocupaciones sociales y mentira. Está diseñado para valorar el nivel y la naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad.

Reynolds y Richmond (1997) estandarizaron el instrumento, realizando una aplicación a 1423 niños y adolescentes (721 de sexo femenino y 652 varones), distribuidos de manera proporcional en 12 grados académicos. Obtuvieron una confiabilidad de .61 para ansiedad fisiológica, .66 para inquietud/hipersensibilidad, .58 para preocupaciones sociales/concentración y .76 para la escala de ansiedad total.

En México, Bautista (2000) obtuvo la validez y confiabilidad de este instrumento. Lo aplicó a 1178 niños y adolescentes, 1111 fueron grupo control (590 de sexo femenino y 652 varones) y 67 de un grupo problema (27 varones y 40 mujeres). Se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach con valor de .74 para la puntuación de ansiedad total.

La escala brinda cuatro puntuaciones de subescalas: ansiedad fisiológica, inquietud/ hipersensibilidad, y preocupaciones sociales/ concentración, las cuales representan diferentes áreas en las que se manifiesta la ansiedad; y finalmente la subescala de mentira, diseñada para detectar conformidad, conveniencia social, o la falsificación deliberada de respuestas. La puntuación natural de cada subescala es el número de reactivos marcado con SI. Las puntuaciones naturales se convierten en puntuaciones escalares y percentiles.

Las puntuaciones naturales de la ansiedad total pueden variar de 0 a 28, a mayor puntuación mayor nivel de ansiedad. Cada reactivo tiene una respuesta dicotómica SI o NO. la respuesta Si indica que el ítem está describiendo los sentimientos o acciones del niño, mientras la respuesta NO indica que el reactivo por lo general no lo está describiendo.

Inventario de Autoestima de Coopersmith para Niños.

Instrumento creado por Stanley Coopersmith en 1959, formado por 58 reactivos directamente relacionados con la estima que el niño tiene de sí mismo, los cuales se agrupan en las subescalas: self general, escuela, hogar y ambiente social. Incluye además una escala de deseabilidad social (mentira) que mide el intento del niño de dar una imagen favorable de sí mismo.

En México este instrumento fue ajustado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP). Los datos normativos para la población mexicana son reportados por Verduzco, Lara-Cantú, Acevedo y Cortés (1994). En su aplicación, se obtuvo un coeficiente alfa de .89 para toda la prueba. Fueron valorados 292 niños y adolescentes de 8 a 15 años, se reportaron medias aritméticas, desviaciones estándar para edad, sexo y escolaridad, sin que se encontraran diferencias significativas en estas variables.

Para obtener la confiabilidad y validez de constructo de este inventario, en la población infantil mexicana, se seleccionaron 1223 niños y niñas de 8 a 14 años de la Ciudad de México, quienes representaron los diferentes niveles socioeconómicos. Los autores obtuvieron un coeficiente alfa de Cronbach de 0.77. Mediante análisis factorial, rotación varimax y prueba t confirmaron la validez de constructo del instrumento (Verduzco *et al.*, 1994).

Los reactivos tienen respuestas dicotómicas (si-no), en algunos casos una respuesta afirmativa indica alta autoestima, mientras que en otros, ésta es manifestada por una respuesta negativa. El inventario se califica asignándole a cada reactivo un valor de 0 a 1, dependiendo del caso; al finalizar se suman dichos puntajes obteniendo a su vez la calificación final. La calificación total se obtiene sumando los puntajes de los reactivos que corresponden al área de

autoestima (social, familiar, escolar y self general) y se multiplican por 2 para dar una puntuación total. Esta calificación total se clasifica de la siguiente manera: menos de 35 puntos indica una autoestima muy inferior a lo normal, de 36 a 45 puntos una autoestima inferior a lo normal, de 45 a 57 ligeramente inferior a lo normal, de 58 a 81 se considera una autoestima normal, y de 82 a 92 puntos una autoestima ligeramente superior a lo normal.

Escala de Depresión para Niños (CDS) (Lang y Tisher, 2003).

Consta de 68 reactivos que están agrupados en dos subescalas generales: total depresivo (TD) y total positivo (TP). Dentro de estas dos dimensiones se agrupan varias subescalas. La dimensión TD incluye las subescalas: respuesta afectiva, problemas sociales, autoestima, preocupación por la muerte/salud, sentimientos de culpabilidad y depresivos; la dimensión TP incluye las subescalas: ánimo alegría y sentimientos positivos. En la Tabla 4 se presentan las dimensiones, subescalas y aspectos de la depresión infantil que mide cada una de ellas (Lang & Tisher, 2003).

Tabla 4. Muestra los aspectos que mide cada una de las subescalas de la Escala de depresión para Niños (CDS).

	Subescalas	Aspectos de la depresión infantil
Total depresivo (TD) en seis subescalas	Respuesta afectiva (RA)	Alude al estado de humor de los sentimientos del sujeto
	Problemas sociales (PS)	Se refiere a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño
	Autoestima (AE)	Se relaciona con los sentimientos, conceptos y actitudes del niño en relación con su propia estima y valor
	Preocupación por la muerte /salud (PM):	Alude a sueños y fantasías del niño relacionados con la enfermedad y la muerte
	Sentimientos de	Se refiere al auto punición del niño

	culpabilidad (SC)	
	Depresivos (DV)	varios Incluye aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pueden agruparse para agruparse en una entidad específica
Total positivo (TP) en dos subescalas	Ánimo alegría (AA) Positivos (PV)	Alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño o incapacidad para experimentarlas Incluye aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formarse una entidad

Lang y Tisher utilizaron una muestra experimental de 40 niños con depresión y un grupo control de 37 niños sin depresión, todos fueron equiparables en edad, sexo y escolaridad. Reportan buena confiabilidad y consistencia, mencionando un coeficiente alfa de Cronbach de .96 y una correlación test-retest de .74. Además se han realizado análisis de validez de contenido con el juicio de siete psiquiatras; validez concurrente con el Cuestionario de personalidad de Catell (CPQ), validez de constructo mediante el análisis de diferencias entre los grupos y finalmente un análisis factorial.

Cruz, Morales y Ramírez (1996) refieren un estudio realizado por Rotundo y Hensley, en 1985, con 84 niños de 12 a 16 años 11 meses, donde se demostró que la medición de la depresión a través de este instrumento es válida y confiable, obteniendo un coeficiente alfa de Cronbach que osciló de .72 a .92 y los valores de alfa para las puntuaciones total depresivo y total positivo fueron de .88. La escala discriminó significativamente entre los grupos normales y clínicos, sujetos con diagnóstico de depresión de los que tienen otros diagnósticos clínicos, y puede hacer discriminaciones muy finas entre los niños clínicamente deprimidos y los niños tristes. La validez del CDS se calculó con la comparación del Inventario de depresión para Niños de Kovacs y la Escala de autoconcepto para niños de Piers-Harris.

El CDS de Lang y Tisher fue adaptado, estandarizado y validado a las características de la población mexicana; participaron 1250 sujetos en edad

escolar entre los 8 y 14 años, que cursaban de tercero a sexto grado de educación primaria. Al adaptar la escala CDS se modificaron algunos reactivos, la confiabilidad se comprobó a través de dos métodos: alfa de Cronbach y test-retest, obteniéndose para la muestra total un coeficiente de .85. La prueba es confiable tanto para el sexo femenino como para el masculino, ya que se obtuvieron los coeficientes .83 para los niños y .82 para las niñas. Se mostró la validez a través del análisis correlacional y análisis factorial. Los autores concluyeron que el CDS es un instrumento que posee exactitud en lo que se refiere a la estabilidad temporal y a su estructura interna, la prueba mide solamente lo que pretende medir. Adicionalmente, se establecieron las normas de calificación para la población mexicana (Cruz *et al.*, 1996).

Cada elemento se puntúa en una escala tipo lickert del 1 al 5; se obtienen calificaciones para las subescalas generales Total depresivo (TD) y Total positivo (TP), y a su vez para cada una de las subescalas (TD: respuesta afectiva, problemas sociales, autoestima, preocupación por la muerte/salud, sentimientos de culpabilidad, depresivos varios; y TP: ánimo alegría, positivos varios) permitiendo especificar e interpretar una determinada puntuación total depresiva o positiva. Se obtiene el puntaje natural, así como la puntuación centil y las puntuaciones decatipos. La puntuación centil indica el tanto por ciento del grupo normativo al que un sujeto determinado es superior, en la variable identificada por el instrumento; las puntuaciones decatipos constituyen una escala típica de diez puntos (media=5.50, desviación=2).

La subescala Total depresivo se interpreta de la siguiente forma, si el puntaje cae en los decatipos centrales (4, 5, 6 y 7) se considera que el menor está dentro del grupo promedio; ya que los decatipos 2-3 y 8-9 indican una gran desviación de la media, y los decatipos 1 y 10 son valores extremos. Con respecto a la escala general Total positivo, ésta se divide en dos subescalas: positivo varios y ánimo-alegría. Esta subescala general es de tipo inverso, a mayor puntuación en la escala mayor carencia de dichos sentimientos existe en la vida emocional del menor, es decir, un puntaje alto implicaría la ausencia de dichos elementos, lo que puede suponer importantes manifestaciones depresivas en el niño.

Procedimiento

Se solicitó permiso a las autoridades del Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la Procuraduría del Distrito Federal para la aplicación de los instrumentos a niños entre 8 y 12 años. La aplicación de los instrumentos con los menores institucionalizados se llevó a cabo de manera individual en periodos de una hora, por un grupo de 10 estudiantes de la licenciatura en psicología que realizaban su servicio social en el proyecto PAPITT-IN3027062 “Factores de riesgo para la salud mental y psicopatología del maltrato infantil”, bajo la supervisión de la Dra. Amada Ampudia Rueda. Se aplicaron los instrumentos psicométricos de habilidades sociales, ansiedad, autoestima y depresión, en el espacio de psicología y en el salón que se utiliza como comedor y para hacer tareas, en una situación medianamente ruidosa, ya que en ambos espacios se encontraban también otros menores y adultos.

Análisis de datos

Los datos de las escalas son ordinales. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15 para procesar la información. Se utilizó estadística descriptiva: medidas de tendencia central para ver la distribución de las variables, así como análisis de frecuencia de los reactivos de cada prueba.

RESULTADOS

En cumplimiento de los objetivos planteados para esta fase, a continuación se describen los resultados de la evaluación de las habilidades sociales y las características psicológicas de ansiedad, autoestima, y depresión, en la muestra de niños y adolescentes en situación de institucionalización.

Habilidades sociales/asertividad

Evaluadas con la escala de conducta asertiva para niños (CABS) (Michelson & Wood, 1982).

El instrumento CABS consta de una escala general y dos factores. Al realizar un análisis de los reactivos se observaron, en la mayoría de las respuestas de

los niños institucionalizados, conductas de agresividad y de pasividad, ambas relacionadas con la falta de habilidad social o asertividad.

También se observaron comportamientos que suelen dificultar sus relaciones interpersonales o la convivencia en ciertas situaciones, como pensar que no son agradables, decir que están de acuerdo con algo cuando no es así, conceder la razón sin creer que el otro la tenga, no pedir ayuda si necesitan algo, hacer favores aunque tengan que hacer otras actividades, falta de habilidades para iniciar conversaciones, o dar una respuesta hostil cuando alguien más inicia un acercamiento hacia ellos, así como expresar el enojo con gritos y no saber cómo pedir las cosas, entre otros comportamientos desadaptados.

La Tabla 5 muestra los porcentajes de respuesta que los menores darían a sus pares u otros adultos ante situaciones relacionadas con la expresión de sentimientos, tanto positivos como negativos (20 reactivos). La mayoría de los menores respondió de forma inadecuada, se observó un déficit en sus respuestas.

Los participantes contestaron de manera predominantemente agresiva ante situaciones en las cuales reciben crítica (53,8%), agresiones (65,4%), inicio de conversaciones de un par desconocido (61,5%), halagos (46,1%), y cuando él o un par tienen algún accidente (84,6% y 61,5%). Respondieron de forma pasiva ante situaciones tales como: al necesitar un favor (84,6%) y al pedirseles que hagan algo sin entender el motivo (42,3%). Los datos indican que la minoría de los menores, respondería de manera asertiva ante estas situaciones.

Tabla 5. Análisis de reactivos del Factor 1. Expresión de sentimientos positivos y negativos. Instrumento de habilidades sociales CABS.

No	Reactivos	%			
		A	P	AG	D
	Respuesta a lo que el niño normalmente haría, diría o pensaría en esta situación:				
1	Un niño o un adulto te dice: creo que eres una persona agradable (buena onda).	19,2	53,8	26,9	80,7
2	Un niño o un adulto hace algo que crees es realmente fabuloso.	19,2	73	7,7	80,7
3	Estás haciendo algo que te gusta y piensas o crees que está muy bien. Un niño(a) o un adulto te dice: no me gusta lo que estás haciendo.	11,5	34,6	53,8	87,8
4	Se te olvidó algo que debiste traer y un niño (a) o un adulto dice ay eres tan tonto que no se te olvida la cabeza porque la traes pegada.	11,5	23	65,4	88,4
5	Un amigo(a) con quien quedaste de verte llega 30 minutos tarde, y eso te molesta. Tu amigo (a) no te dice porque llegó tarde.	15,4	30,8	53,8	84,6
6	Necesitas que un niño (a) o un adulto haga algo por ti.	15,4	84,6	0	84,6
7	Un niño(a) te pide que hagas algo, que te obliga a dejar de hacer lo que te gusta mucho.	19,2	50	30,7	80,7
8	Ves a un niño (a) que te gustaría conocer.	0	53,9	46,1	100
9	Un niño (a) que no conoces te para y te dice hola.	19,2	19,2	61,5	80,7
13	Un niño (a) o un adulto te pide que hagas algo; y tú no sabes por qué se tiene que hacer.	23,1	42,3	34,6	76,9

14	Un niño (a) o un adulto te dice que hiciste algo magnifico.	26,9	26,9	46,1	73
15	Un niño (a) o un adulto ha sido muy bueno y amable contigo.	69,2	7,7	23,1	30,8
16	Estas hablando en voz muy alta con un amigo (a). Un niño (a) o un adulto te dice perdona pero estas haciendo demasiado ruido.	7,7	76,9	15,3	92,2
17	Estas formado en una fila y un niño (a) se mete delante de ti.	11,5	69,2	19,2	88,4
19	Un niño (a) o un adulto tiene algo que quieres usar.	3,8	26,9	69,2	96,1
21	Unos niños (as) están hablando de algo que les gusta mucho hacer y que a ti te interesa, quieres participar y decir algo.	19,2	26,2	34,6	60,8
22	Estas realizando algo que te gusta mucho hacer y un niño (a) o un adulto te pregunta ¿qué estás haciendo?	19,2	61,5	19,2	80,7
23	Ves a un niño (a) o un adulto tropezar y caerse.	3,8	11,5	84,6	96,1
24	Accidentalmente te das un golpe en la cabeza. Un niño (a) o un adulto dice ¿estás bien?	3,8	34,6	61,5	96,1
25	Cometes un error y otro niño (a) es culpado (a) por tu error.	7,7	80,7	11,5	92,2

Nota. **A:** Asertivo; **P:** Pasivo; **AG:** Agresivo; **D:** Déficit.

En la Tabla 6 se observan las respuestas del Factor Culpa y enojo, de los niños institucionalizados (7 reactivos). La mayoría de los participantes respondió inadecuadamente, se observó un déficit en sus respuestas. Respondieron de manera agresiva ante situaciones en las cuales se les echa la culpa de algo que no hicieron (61,6%), cuando los hacen enojar (57,1%), o los interrumpen al hablar (46,2%). Contestaron de manera pasiva en situaciones en las cuales se

les señala su enojo (57,7%) o cuando se sienten agraviados por algo que dijeron sobre ellos (50%). Una menor proporción de niños y adolescentes, respondieron de manera asertiva ante las mismas situaciones.

Tabla 6. Análisis de reactivos del Factor 2. Enojo y culpa. Instrumento de habilidades sociales (CABS).

No	Reactivos	A	P	AG	D
	Lo que normalmente haría, diría o pensaría el menor en esta situación			%	
10	Sabes que tu amigo (a) está enojado (a).	30,8	34,6	34,6	69,2
11	Estás enojado (a) y un adulto dice, te ves enojado.	3,8	57,7	38,4	96,1
12	Un niño (a) o un adulto comete un error y te echa a ti la culpa.	11,5	26,9	61,6	88,5
18	Un niño (a) o un adulto hace algo que no te gusta y esto te hace enojar mucho.	26,9	15,4	57,1	72,5
20	Un niño (a) o un adulto te pide algo prestado, pero es nuevo y no lo quieres prestar.	42,3	34,6	23	57,6
26	Te sientes insultado por algo que dijo un niño (a) o un adulto sobre ti.	7,7	50	42,3	92,2
27	Un niño (a) o un adulto interrumpe a cada rato cuando estás hablando.	42,3	11,5	46,2	57,7

Nota. **A**: Asertivo; **P**: Pasivo; **AG**: Agresivo; **D**: Déficit.

La Tabla 7 presenta la media grupal de los factores y la escala total del instrumento, ésta última fue de $X=63,34$. De acuerdo con los puntos de corte, los menores mostraron déficit en su interacción social. Su estilo de conducta fue muy agresivo (rango de puntaje entre 58 y 135). La conducta típica fue caracterizada por peleas, acusaciones y amenazas. Mostraron actitudes que implican agredir a los demás, aparte de no tomarlos en cuenta, por lo que sus pares y la gente puede aislarlos.

Tabla 7. Medias estadísticas de la Escala de habilidades sociales. Instrumento de habilidades sociales (CABS).

Escala	N	Media	Desviación típica
Habilidades sociales	26	64,73	15,20
Expresión de sentimientos positivos y negativos	26	46,57	11,67
Culpa y enojo	26	18,15	4,61

Los participantes mostraron escasas habilidades sociales, su estilo de relación se caracterizó por la agresión, no saben iniciar contactos sociales y si alguien más los inicia responden de forma agresiva. Tienen dificultades para tener nuevos amigos, establecer relaciones a largo plazo, riesgo de que sus pares los aislen, lo que su vez dificulta que desarrollen habilidades sociales más complejas. Asimismo, los resultados apoyan lo que la literatura ha referido respecto a esta población, son niños que manifiestan agresividad, dificultad para relacionarse con sus pares, y cuentan con escasas habilidades sociales por lo que suelen tener pocos amigos.

Ansiedad

Medida con la Escala de ansiedad manifiesta para niños revisada (CMAS-R) (Reynolds y Richmond, 1997). El instrumento se compone de las subescalas de ansiedad fisiológica, inquietud /hipersensibilidad, preocupaciones sociales y mentira.

La Tabla 8 muestra los porcentajes de los síntomas relacionados con la ansiedad fisiológica (10 reactivos) que presentan los menores institucionalizados. La mayoría de ellos presentó diversos síntomas: el 76,7% respondió tener dificultad para tomar decisiones, para dormir (73,3%), tener pesadillas (66,7%), se despiertan asustados (66,7%), les falta el aire (53,3%), tienen náuseas o ascos (70%), sudoración (80%), cansancio (63,3%) y movimiento excesivo (76,7%).

Tabla 8. Análisis de reactivos de la subescala Ansiedad fisiológica. Instrumento de ansiedad CMAS-R.

Ansiedad fisiológica	SI	NO
	%	
Me cuesta trabajo tomar decisiones	76,7	23,3
Muchas veces siento que me falta el aire	53,3	46,7
Me enoja con mucha facilidad	50,0	50,0
En las noches, me cuesta trabajo quedarme dormido	73,3	26,7
Muchas veces siento asco o náuseas	70,0	30,0
Me sudan las manos	80,0	20,0
Me canso mucho	63,3	36,7
Tengo pesadillas	66,7	33,3
Algunas veces me despierto asustado	66,7	33,3
Me muevo mucho en mi asiento	76,7	23,3

La Tabla 9 muestra los porcentajes de los síntomas relacionados con la inquietud e hipersensibilidad (11 reactivos) que experimentan los niños bajo el cuidado de una institución. Se observó en sus respuestas, la presencia de síntomas que van del 60% al 86,7%. La mayoría afirmó que siente nerviosismo cuando no obtiene los resultados esperados (76.7%), preocupación por diversos aspectos (70%), miedo (60%), preocupación por lo que la gente piense de ellos (60%), por el futuro (86,7%), porque algo malo les pase (83,3%), malestar cuando se enojan con ellos (83,3%), y nerviosismo (63,3%).

Tabla 9. Análisis de reactivos de la subescala Inquietud/Hipersensibilidad. Instrumento de ansiedad CMAS-R.

Inquietud/hipersensibilidad	SI	NO
	%	
Me pongo nervioso cuando las cosas no salen como quiero	76,7	23,3
Casi todo el tiempo estoy preocupado	70,0	30,0
Muchas cosas me dan miedo	60,0	40,0
Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir	63,3	36,7
Me preocupa lo que la gente piense de mi	60,0	40,0
Soy muy sentimental	70,0	30,0
Me preocupa el futuro	86,7	13,3
Me siento muy mal cuando se enojan conmigo	83,3	16,7
Me siento preocupado cuando me voy a dormir	70,0	30,0
Soy muy nervioso	63,3	36,7
Me preocupa que algo malo me pase	83,3	16,7

En la Tabla 10 se muestran síntomas relacionados con las preocupaciones sociales y la concentración (7 reactivos) que experimentan los niños institucionalizados. La mayoría afirmó que siente soledad (60%), consideran que los demás son más felices (63,3%), piensan que les van a decir que hacen mal las cosas (83,3%), que lo que hacen no les gusta a los demás (76,7%).

Tabla 10. Análisis de reactivos de la subescala Preocupaciones Sociales/Concentración. Instrumento de ansiedad CMAS-R.

Preocupaciones Sociales/Concentración	SI	NO
	%	
Las cosas son más fáciles para los demás que para mí	46,7	53,3
Siento que a los demás no les gusta cómo hago las	76,7	23,3

cosas		
Me siento solo aunque esté acompañado	60,0	40,0
Los demás son más felices que yo	63,3	36,7
Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal	83,3	16,7
Me cuesta trabajo concentrarme en hacer mis tareas escolares	56,7	43,3
Muchas personas están contra mí	50,0	50,0

En la Tabla 11 se muestra la media grupal de las subescalas y la escala total del instrumento de ansiedad. El puntaje de la media de ansiedad (en una escala de 0 a 28) fue de $X=18,77$ ($ds=5.59$). Lo anterior indica que los menores tuvieron un nivel de ansiedad por encima del promedio; los puntajes mayores a 13 implican un grado considerable de ansiedad, en este caso, particularmente en síntomas fisiológicos y preocupaciones sobre diversos aspectos.

Tabla 11. Medias estadísticas de las subescalas y escala de Ansiedad Total. Instrumento de ansiedad CMAS-R.

Escala	N	Media	Desviación típica
Ansiedad Fisiológica	26	6,69	2,311
Inquietud/ Hipersensibilidad	26	7,85	2,378
Preocupaciones Sociales	26	4,23	1,945
Mentira	26	4,73	2,376
Ansiedad Total	26	18,77	5,559

Los menores mostraron un índice de ansiedad superior al promedio, lo anterior es comprensible dada la situación por la cual atravesaban en ese momento. Estos hallazgos son consistentes con lo que la literatura internacional reporta al respecto, los menores bajo condición de institucionalización suelen mostrar niveles de ansiedad superiores al promedio, comparados con menores que viven bajo otras circunstancias.

Autoestima

Medida con el Inventario de Autoestima de Coopersmith para Niños (Coopersmith, 1959 en Verduzco et al. 1994). El instrumento consta de una escala general y las sub escalas: Self, Escuela, y Ambiente Social. Se presenta el porcentaje de las respuestas de los menores, de acuerdo y desacuerdo respecto a cada afirmación, por área.

La Tabla 12 muestra los porcentajes de las afirmaciones de los niños con relación a sí mismos (24 reactivos), su ejecución o desempeño en diversas situaciones o escenarios. Los participantes manifestaron querer cambiar cosas de sí mismos (81,5%), necesitar que les digan qué hacer (59,3%), considerar que la vida es muy difícil (55,6%), les cuesta trabajo adaptarse a nuevas situaciones (66,7%), se dan fácilmente por vencidos (74,1%), se avergüenzan de ellos mismos (59,3%), y les molesta mucho que los regañen (66,7%).

Tabla 12. Análisis de reactivos de la subescala Self.

Instrumento de Autoestima Coopersmith.

Self	SÍ	NO
	%	
Me gusta mucho soñar despierto	51,9	48,1
Me siento muy seguro de mí mismo	29,6	70,4
Muchas veces me gustaría ser otra persona	29,6	70,4
Me gustaría ser más chico	18,5	81,5
Me gustaría poder cambiar muchas cosas de mí	81,5	18,5
Puedo escoger fácilmente lo que quiero	70,4	29,6
Siempre necesito que alguien me diga lo que tengo que hacer	59,3	40,7
Me cuesta trabajo acostumbrarme a lo nuevo	66,7	33,3
Muchas veces me arrepiento de las	22,2	77,8

cosas que hago		
Me doy fácilmente por vencido	74,1	25,9
Generalmente me cuido solo	40,7	59,3
Soy muy feliz	25,9	74,1
Yo entiendo cómo soy	74,1	25,9
Odio cómo soy	22,2	77,8
Mi vida es muy difícil	55,6	44,4
Me choca mi manera de ser	29,6	70,4
Muchas veces me avergüenzo de mí	59,3	40,7
Soy más feo que los demás	37,0	63,0
Siempre digo lo que quiero	59,3	40,7
Me da igual lo que me pase	48,1	51,9
Todo lo hago mal	29,6	70,4
Me molesta mucho que me regañen	66,7	33,3
Los problemas me afectan muy poco	44,4	55,6
Quedo mal cuando me encargan algo	33,3	66,7

La Tabla 13 muestra los porcentajes de las afirmaciones sobre sí mismos que los participantes tienen respecto al área escolar (8 reactivos). La mayoría considera que no hace su trabajo escolar lo mejor que puede (88 %), les gustaría hacer mejor el trabajo académico (81%), no les gusta que les pregunten en clase (51%).

Tabla 13. Análisis de reactivos de la subescala Escuela. Instrumento de Autoestima Coopersmith.

Escuela	SI	NO
	%	
Me cuesta mucho hablar enfrente de la clase	40,7	59,3
Me gusta cómo hago el trabajo en la escuela	66,7	33,3
Hago mi trabajo lo mejor que puedo	11,1	88,9
Me gusta que me pregunten en clase	48,1	51,9
Me gustaría hacer mejor el trabajo de la	81,5	18,5

escuela		
Me disgusta la escuela	29,6	70,4
Mi maestro me hace sentir que soy inútil	11,1	88,9
Me aburre la escuela	25,9	74,1

La Tabla 14 muestra los porcentajes de las afirmaciones relacionados con el área social (8 reactivos). Algunos niños no se consideran simpáticos (55,6%), lo que contrasta con su opinión de que le caen bien a la gente (77,8%), no se consideran populares, aspecto probablemente apoyado por el hecho de que la mayoría no los escoge para jugar (70,4%), son molestados por sus compañeros (51,9%), tal vez debido a ello prefieran jugar con niños menores que ellos (55,6%).

Tabla 14. Análisis de reactivos de la subescala Ambiente social. Instrumento de Autoestima Coopersmith.

Ambiente social	SI	NO
	%	
Le caigo bien a la gente	77,8	22,2
Soy simpático	44,4	55,6
Casi todos mis compañeros me escogen para jugar	29,6	70,4
Prefiero jugar con niños más chicos que yo	55,6	44,4
Mis compañeros hacen casi siempre lo que les digo	14,8	85,2
Me choca estar con otras personas	29,6	70,4
A los niños les gusta molestarte	48,1	51,9
A los demás los quieren más que a mí	25,9	74,1

La Tabla 15 muestra la media grupal de las subescalas y la escala total del instrumento, la cual fue de $X=43,62$ ($ds=7.90$). De acuerdo con los puntos de corte, los niños tienen una autoestima inferior a lo normal (la normal se sitúa del punto 58 al 81).

Tabla 15. Medias estadísticas de las subescalas y escala total de Autoestima. Instrumento de Autoestima Coopersmith.

Escala	N	Media	Desviación típica
Autoestima	26	43,62	7,90
Self	26	11,14	2,49
Ambiente social	26	3,25	1,22
Escuela	26	3,14	1,37
Hogar	26	4,25	1,34
Mentira	26	4,70	1,46

Este puntaje se conformó a través de la sumatoria de las áreas anteriormente mencionadas, donde el sentir de los menores respecto a sí mismos, en los diferentes escenarios o situaciones, está por debajo del promedio. Los resultados encontrados son similares a los que se han reportado en la literatura respecto a esta variable, donde se ha encontrado que los menores institucionalizados muestran bajos niveles de autoestima.

Depresión

Medida con la Escala de Depresión para Niños (CDS) (Lang y Tisher, 2003). En el análisis de reactivos de la escala de depresión se muestran los porcentajes de acuerdo y de desacuerdo de los participantes, relacionados con síntomas psicológicos en diversos aspectos, lo que da cuenta de la presencia de síntomas clínicamente depresivos o de la ausencia de éstos.

El instrumento cuenta con dos subescalas generales: Total Depresivo y Total Positivo, dentro de la primera, se agrupan las subescalas: Respuesta Afectiva, Preocupaciones Sociales, Autoestima, Preocupaciones por la Muerte, y Sentimientos de Culpa.

La Tabla 16 muestra los porcentajes de acuerdo de los niños ante afirmaciones relacionadas con la respuesta afectiva y el estado de humor de sus

sentimientos (8 reactivos). El 65,4% de ellos se sienten solos, tienen ganas de llorar estando en la escuela (57,7%), se sienten tristes (46,2 %), y consideran que su vida es desgraciada (42,3%).

Tabla 16. Análisis de reactivos de la subescala Respuesta afectiva. Escala de Depresión para niños, CDS.

TOTAL DEPRESIVO	R	A	D
Respuesta afectiva		%	
Muchas veces me siento mal en la escuela	2	42,3	38,4
Me siento solo muchas veces	10	23,1	65,4
Estando en la escuela, muchas veces me dan ganas de llorar	18	34,6	57,7
Frecuentemente me siento desgraciado/ triste/ desdichado	26	30,8	46,2
A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida	34	34,6	46,1
Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado	42	38,5	53,9
Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar	50	34,6	50,1
Creo que mi vida es desgraciada	58	26,9	42,3

Nota. R: Reactivo; A: Acuerdo; D: Desacuerdo.

La Tabla 17 muestra los porcentajes de acuerdo respecto a las preocupaciones sociales de los menores (8 reactivos), que se refieren a sus dificultades en las relaciones sociales, aislamiento y soledad. Reportaron sentir incapacidad para mostrar que se sienten mal (57,7%) y sentirse vacíos cuando están fuera de casa (50%).

Tabla 17. Análisis de reactivos de la subescala Preocupaciones Sociales. Escala de Depresión para niños, CDS.

Preocupaciones sociales	R	A %	D
A menudo pienso que nadie se preocupa por mi	3	29,9	53,8
Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago	11	65,4	11,5
A menudo soy incapaz de mostrar lo desgraciado que me siento por dentro	19	57,7	19,2
Muchas veces me siento solo y como perdido en la escuela	27	38,4	44,0
La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende	35	46,1	42,3
Nadie sabe lo desgraciado que me siento por dentro	43	36	32,0
A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie	51	38,5	53,8
Cuando estoy fuera de casa me siento como vacío	59	50	50

Nota. R: Reactivo; A: Acuerdo; D: Desacuerdo.

La Tabla 18 presenta los porcentajes de acuerdo relacionados con los sentimientos del niño respecto a sí mismo (Autoestima 8 reactivos), se sienten descontentos consigo mismos, se avergüenzan de sí (53,8%), y consideran que no son tan buenos como les gustaría ser (61,5%).

Tabla 18. Análisis de reactivos de la subescala Autoestima. Escala de Depresión para niños, CDS.

Autoestima	R	D %	A
A menudo creo que valgo poco	4	61,5	38,4
Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo	12	42,3	53,8

Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento	20	46,2	42,3
A menudo me odio a mí mismo	28	46,2	46,2
A menudo me avergüenzo de mí mismo	36	34,6	53,8
A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala	44	34,6	50.1
Cuando fallo en la escuela pienso que no valgo para nada	52	46,2	46.1
La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser	60	26,9	61.5

La Tabla 19 presenta los porcentajes de acuerdo relacionados con las preocupaciones por la muerte/salud, que se refiere a las fantasías de los participantes sobre la enfermedad y la muerte (7 reactivos). Se despiertan frecuentemente por la noche (73,1%) consideran que están más cansados de lo normal (53,9), usualmente no tienen ganas de hacer nada (53,9 %), no tienen ganas de levantarse (69,2 %) y tienen pensamientos de muerte (65,4%).

Tabla 19. Análisis de reactivos de la subescala Preocupaciones por la Muerte/Salud. Escala de Depresión para niños, CDS.

Preocupaciones por la muerte/salud	R	D	A
Me despierto a menudo durante la noche	5	19,2	73,1
Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco	13	38,5	53,9
La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada	21	42,3	53,9
Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas	29	23,1	69,2
Muchas veces me siento muerto por dentro	37	30,8	45,4
Estando en la escuela me siento cansado casi todo el tiempo	45	42,3	42.3
A menudo imagino que me hago heridas o que me muero	53	26,9	65.4

Nota. R: Reactivo; A: Acuerdo; D: Desacuerdo.

En la Tabla 20 presenta los porcentajes de acuerdo respecto de afirmaciones relacionadas con sentimientos de culpa (8 reactivos). El 50% de los menores mostró culpa relacionada con sus figuras parentales, consideran que sus conductas pueden molestar a sus padres (46,2%) o que la gente los quiere pero sin merecerlo (50%).

Tabla 20. Análisis de reactivos de la subescala Sentimientos de culpa. Escala de Depresión para niños, CDS.

Sentimientos de culpa	R	D	A
Pienso muchas veces que estoy mal con mi madre/padre	6	48,0	44
A veces creo que mi madre/padre hace o dice cosas que me hacen pensar que he hecho algo terrible	14	23,1	46,2
A veces pienso que lo que hago puede molestar o hacer enojar a mi madre/padre	22	26,9	50
Frecuentemente pienso que merezco ser castigado	30	30,8	46,2
A veces estoy preocupado porque no amo a mi madre/padre como debiera	38	38,5	46,1
Creo que los demás me quieren, aunque no lo merezco	46	42,3	50
A veces creo que hago cosas que ponen enfermo a mi madre/padre	54	42,3	38,5
A veces me siento mal porque no amo y escucho a mi madre/padre como se merece	61	38,5	46,1

Nota. R: Reactivo; A: Acuerdo; D: Desacuerdo.

Con respecto a la escala general Total Positivo, ésta se divide en dos subescalas: Positivo Varios y Ánimo-Alegría. Esta subescala general es de tipo inverso, a mayor puntuación en la escala, mayor carencia de dichos sentimientos existe en la vida emocional del niño, es decir, un puntaje alto implica la ausencia de dichos elementos, lo que puede suponer importantes manifestaciones depresivas en el niño.

La Tabla 21 muestra los porcentajes que aluden a la ausencia de elementos de alegría, diversión o felicidad en la vida de los participantes, ya que obtienen puntajes altos. La mayoría reporta sentirse alegres frecuentemente (69,2%), sentirse muy motivados en la escuela (51,5%), mencionan que la pasan muy bien ahí (57,7%), sentirse atractivos (53,6%), divertirse con lo que hacen, considerar que son muy felices (65,4%), y en general les salen bien todas las cosas que hacen (53,8%).

Tabla 21. Análisis de reactivos de la subescala Ánimo-Alegría. Escala de Depresión para niños, CDS.

Animo alegría	R	D	A
Me siento alegre la mayor parte del tiempo	1	15,4	69,2
Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en la escuela	17	23,1	51,5
Casi siempre la paso bien en la escuela	33	34,6	57,7
Creo que tengo buena presencia y soy atractivo	49	26,9	53,6
A veces me gustaría estar ya muerto	9	53,8	30,8
Me divierto con las cosas que hago	25	23,1	65,4
Soy una persona muy feliz	41	30,8	65,4
Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer	57	30,8	53,8

Nota. R: Reactivo; A: Acuerdo; D: Desacuerdo.

La Tabla 22 muestra los porcentajes de respuesta de diversos aspectos en la vida de los menores. La puntuación alta indica ausencia de estos elementos por lo que puede suponer síntomas depresivos. Los niños consideraron que el día siguiente será mejor (69,2%), que en su familia todos se divierten mucho juntos (57,7%), sus padres están orgullosos de ellos (69,2%), duermen muy bien, nunca se despiertan (50%), tienen muchos amigos (61,5%), pasan su tiempo haciendo cosas con sus padres (57,7%), y consideran que mucha gente se preocupa bastante por ellos (42,3%). Es de notar que muchas de sus aseveraciones positivas se relacionan con la figura de apego (ya sea madre o

padre) y en torno al concepto de la familia. Sin embargo, esto denota la carencia de dichos elementos, ya que a mayor puntaje en la escala mayor carencia de tales sentimientos tiene el niño en su vida, lo cual es coherente y literal con esta población.

Tabla 22. Análisis de reactivos de la subescala Positivo varios. Escala de Depresión para niños, CDS

TOTAL POSITIVO	R	D	A
Positivos varios			
Siempre creo que el día siguiente será mejor	8	15,4	69,2
Muchas veces mi madre/padre me hace sentir que las cosas que hago son muy buenas	16	46,2	46,1
En mi familia todos nos divertimos mucho juntos	24	34,6	57,7
Cuando alguien se enfada conmigo yo me enfado con él	32	30,8	42,3
Creo que mi madre/padre está orgulloso de mi	40	26,9	69,2
Pienso que no es nada malo enfadarse	48	30,8	61,5
Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche	56	50,0	34,6
Tengo muchos amigos	63	23,1	61,5
Utilizo mi tiempo haciendo con mi padre cosas muy interesantes	64	30,8	57,7
Hay mucha gente que se preocupa bastante por mi	65	30,8	42,3

Nota. R: Reactivo; A: Acuerdo; D: Desacuerdo.

En la Tabla 23 se observa que los valores promedio del puntaje de la escala general Total Depresivo, así como de sus subescalas: Respuesta Afectiva, Problemas Sociales, Autoestima, Preocupación por la muerte y Sentimiento de culpabilidad, se ubican dentro de la normalidad. Los puntajes se sitúan entre los decatipos 4 y 7, lo que indica que no tienen síntomas depresivos clínicos,

es decir, pueden presentar síntomas sin que éstos sean considerados de manera clínica o parte de un episodio depresivo. Sin embargo, en la escala Total Positivo, al igual que en las sub escalas que lo componen: Ánimo-Alegría y Positivo Varios, se encontró que los menores obtuvieron puntajes que se ubicaron en los decatipos extremos, valores fuera del promedio ($X=9.19$). Lo anterior indica ausencia o carencia de alegría, falta de elementos de diversión y de felicidad en la vida o incapacidad para experimentarlos, lo cual explica la ausencia de alegría.

Tabla 23. Medias estadísticas de las escalas y subescalas de Depresión. Escala de depresión para niños, CDS.

Escala	N	Media	Desviación típica
Total Depresivo	26	6,69	2,294
Respuesta afectiva	26	7,35	1,623
Problemas sociales	26	6,69	1,871
Autoestima	26	6,27	2,491
Preocupación por la muerte	26	7,31	1,955
Sentimiento de culpabilidad	26	5,00	1,897
Depresivos varios	26	4,85	2,493
Total positivo	26	9,19	1,650
Animo alegría	26	9,19	1,674
Positivo varios	26	8,73	1,779

La población evaluada no presentó síntomas depresivos clínicamente significativos, sin embargo se observó la ausencia de elementos o recursos que les proporcionen diversión, así como sentimientos o sensaciones de felicidad, o en el caso de contar con ellos, imposibilidad de experimentar diversión y sentimientos positivos ante tales elementos. Se observaron manifestaciones depresivas en aspectos relativos a dificultades en la interacción social, sentimientos relacionados con su valor propio, pensamientos y fantasías de daño, entre otros, sin ser significativos. Estos pensamientos, sentimientos e ideas depresivas en los niños no fueron considerados clínicamente significativos, es decir, están presentes pero dentro de la normalidad.

FASE 2

- **CONFORMACIÓN DE LOS CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES. VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS**

Planteamiento del problema

La literatura menciona que el desarrollo de habilidades sociales tiene implicaciones importantes para el éxito académico de los niños y para su sano ajuste psicológico a largo plazo. Por el contrario, la ausencia o déficit en habilidades sociales provoca aislamiento social, ansiedad, baja autoestima y depresión, aspectos que suelen asociarse al fracaso escolar, desajuste social, y en casos extremos, a conductas antisociales, delictivas y de auto-daño, entre otras. Debido a lo anterior, es importante contar con descripciones conductuales claras y específicas de las habilidades sociales, que describan la secuencia y los comportamientos apropiados que componen cada habilidad, con el fin de conformar los contenidos del programa de intervención para entrenar habilidades sociales; aspectos que requieren ser sometidos a validación por jueces expertos en el tema.

Objetivos

Objetivo general

Describir los contenidos del programa de entrenamiento en habilidades sociales y validarlos a través de jueces expertos.

Objetivos específicos

- Describir de manera clara y específica la secuencia y las conductas que componen cada una de las habilidades sociales propuestas, de acuerdo con la literatura especializada.
- Agrupar en categorías las conductas señaladas en la literatura.
- Someter a un proceso de validación por jueces expertos en el tema, cada una de las conductas, con el fin de evaluar si los contenidos propuestos, corresponden a la habilidad social señalada en el nivel de pertinencia, relevancia, redacción, repetición y observación.

- Hacer las correcciones pertinentes para contar con conductas o habilidades claras y específicas, que permitan conformar los contenidos del programa de entrenamiento en habilidades sociales.

Procedimiento

A partir de la revisión en la literatura (Caballo, 1988, 1993, 1996, 2009; Gismoero, 2002; Del Prette & Del Prette, 2002; Gil & León, 1998), se elaboró una lista de conductas o habilidades, incluyendo los componentes que han probado ser adecuados para clasificar una conducta como socialmente hábil. Las habilidades sociales más aceptadas en la literatura son las siguientes: defensa de los derechos propios, hacer peticiones, rechazar peticiones, hacer cumplidos, aceptar cumplidos, iniciar, mantener y terminar conversaciones, expresión de sentimientos positivos, expresión de sentimientos negativos, expresión de opiniones personales incluido el desacuerdo, solicitud de cambio de conducta y disculparse o admitir ignorancia.

En un primer momento se elaboró una lista compuesta por 103 habilidades que detallaban la secuencia y los comportamientos que componían cada una de las habilidades sociales. Estas habilidades se estructuraron en dos áreas: a) habilidades básicas, compuesta en su mayoría por componentes no verbales, y b) habilidades avanzadas; las cuales se dividieron en categorías (12 habilidades sociales), donde se incluyeron las habilidades anteriormente señaladas, junto con la de cooperar y compartir.

Se proporcionó la lista a un grupo de 12 estudiantes de psicología, quienes llevaban a cabo diversas actividades con menores institucionalizados, con el fin de eliminar aquellas conductas repetidas. Quedaron en total 60 conductas que describían la secuencia y los comportamientos apropiados que componen las habilidades sociales.

Posteriormente se proporcionó la lista a cinco Doctores en Psicología, cuatro con experiencia en el campo de psicología de la salud y uno con experiencia en el campo de la psicología educativa, todos de la Universidad Nacional Autónoma de México. La línea de investigación de los cinco jueces estaba

relacionada con el tema de las habilidades sociales, o lo habían trabajado en algún momento.

Se les pidió a los expertos que evaluaran si los contenidos de la lista correspondían a la categoría evaluada, si eran importantes para indicar la ejecución adecuada de la habilidad señalada, si estaban redactados con adecuada estructura gramatical, y si estaban repetidos (Ver Tabla 24). Lo anterior permitió saber el grado en que las conductas describían la secuencia y los comportamientos apropiados de cada una de las habilidades sociales señaladas, y con ello, conformar los contenidos del programa de entrenamiento en habilidades sociales. La validación social por expertos ha sido empleada en diversos estudios, para evaluar conductas, indicadores, reactivos, entre otros aspectos, para ver si representan al constructo de interés. Este procedimiento ha mostrado su utilidad para la posterior elaboración de programas, tratamientos o instrumentos en diversas áreas (Calvin & Eriksen, 2006; Huang, Lee & Wu, 2006; Mouriño-Pera & Viniegra-Velázquez, 1991).

Para el presente estudio se les proporcionó a los expertos un formato en el cual evaluaron los aspectos propuestos (pertinencia, relevancia, redacción y repetición). Se solicitó marcar con una \checkmark si el contenido cumplía con el criterio solicitado y con una X si no cumplía con el criterio correspondiente de cada elemento. En caso de considerar que alguno de los contenidos no era el adecuado, se les solicitó realizar observaciones enfocadas a sugerir formas que consideraran apropiadas.

Se realizó un análisis de frecuencias para obtener el porcentaje de acuerdo de parte de los expertos, de cada contenido redactado. El criterio de evaluación y selección de los descriptores fue el acuerdo de al menos el 80% de los jueces en las categorías mencionadas (a excepción del criterio de redacción). Con base en los puntajes obtenidos y tomando en cuenta las sugerencias proporcionadas por los jueces, se conformaron los contenidos del programa de entrenamiento de habilidades sociales.

RESULTADOS

En cumplimiento del criterio de aceptación de cada reactivo, en términos de pertinencia, relevancia y repetición, se incluyeron aquellos que contaron con el acuerdo de cuatro de los cinco jueces; con relación a la redacción, para las habilidades que tenían errores o eran confusas, se retomaron las sugerencias de los jueces y se volvieron a redactar. Con base en el análisis anterior, se eliminaron cuatro conductas o habilidades, quedando una lista con un total de 56 conductas.

La Tabla 24 muestra el porcentaje de acuerdo de los jueces respecto a los contenidos que componen cada una de las habilidades sociales. De las 56 descripciones conductuales, los expertos consideraron que el 66.07% cubrían el 100% de los criterios de evaluación (pertinencia, relevancia, y repetición, recordando que el criterio de redacción se excluyó de este análisis por ser un criterio perfectible). Las 19 descripciones restantes (33.93%), tuvieron un porcentaje de al menos 80% de acuerdo, que fue el porcentaje mínimo para ser incluidas.

La lista de habilidades quedó conformada por 56 descripciones conductuales, agrupadas en 12 habilidades sociales. Lo anterior permite contar con un repertorio de contenidos apropiados, capaces de describir la secuencia y los comportamientos específicos de las habilidades sociales, los cuales conformarán parte de los contenidos del programa de intervención para el entrenamiento en habilidades sociales.

Para la presente investigación se utilizaron las habilidades sociales básicas: sonreír, postura corporal, contacto visual; iniciar, mantener y terminar conversaciones: presentarse a sí mismo, saludar, hacer y responder preguntas, tomar turnos, dar señales de escucha, despedirse, entre otros; así como expresión de sentimientos positivos. Respecto al resto de las habilidades evaluadas por los jueces, no pasaron a formar parte del programa de intervención para niños institucionalizados, por las limitaciones de tiempo que fueron impuestas para el entrenamiento de habilidades sociales.

Tabla 24. Muestra los porcentajes de acuerdo entre jueces de las conductas del programa de entrenamiento en habilidades sociales.

Categoría	Ítems	1	2	3	4
Habilidades sociales básicas					
Habilidades sociales Componente s no verbales	Sonríe en situaciones agradables con compañeros y/o adultos, por ej al iniciar una conversación, saludar, platicar o jugar	100	100	100	100
	Sonríe a sus compañeros o un adulto	100	100	80	100
	Acompaña un saludo con acciones (dar la mano, una palmada, un beso, un abrazo, entre otros)	100	100	80	100
	Realiza gestos acordes a la situación (fruncir el ceño si está en desacuerdo o abrir los ojos ante una sorpresa)	100	100	100	100
	Mira hacia la persona que le llama	100	100	80	100
	Cuando habla con otro permanece atento, da señales de escucha activa: asiente, no se distrae, entre otros.	100	100	100	100
	Anima a otros con gestos (levanta el pulgar, las cejas, sonríe, etc)	100	80	80	80
Habilidades sociales avanzadas					
Defensa de los derechos propios	Le dice amablemente y sin alterarse a otra persona cuando lo está tratando injustamente o haciendo algo que le molesta	100	100	60	100
	Hace y responde amablemente y sin alterarse a quejas y reclamaciones acordes a la situación	100	100	60	100
	Cuestiona amablemente y sin alterarse cuando las reglas son injustas	80	80	60	80
Hacer y rechazar favores	Solicita ayuda sin hacer chantajes o berrinches	80	80	100	100
	Dice que no, rechaza peticiones exageradas, injustas o fuera de lugar de una forma amable y sin alterarse	100	100	80	80
	Dice amablemente y sin alterarse que no ante peticiones que no quiere o no puede realizar y dice por qué	100	100	60	100
	Hace favores que alguna persona le ha pedido	100	100	100	100
	Responde a las peticiones de ayuda de sus compañeros (ayudar a cargar o arreglar algo, pasar la pelota, entre otros)	100	100	100	80
	Agradece cuando le han hecho un favor	100	100	80	80

	Ofrece ayuda cuando observa que alguien no puede hacer algo solo	100	100	60	100
Hacer cumplidos, reforzar a otros	Hace comentarios positivos (órale!, ¡qué padre!, ¡me gusta!, ¡qué chido!) a alguien más	100	100	100	100
	Le dice a alguien lo que le gusta de él o ella	80	80	60	80
	Anima a otros con palabras	100	100	100	100
Aceptar cumplidos	Acepta cuando alguien le dice algo agradable (ej. sonrío, asiente con la cabeza, dice gracias)	100	100	100	100
	Se muestra contento o a gusto cuando alguien le dice que le gusta algo de él o de ella	100	100	80	100
Iniciar, mantener y finalizar conversaciones	Se presenta a sí mismo ante otra persona	80	80	100	100
	Inicia un saludo, responde un saludo (dice ¡hola!, buenos días, qué tal!, qué haces?, qué onda?)	100	100	100	80
	Comenta algo para iniciar una conversación con el otro	100	100	80	100
	Hace y responde preguntas	100	100	100	80
	Escucha las ideas y opiniones de los otros aunque no las comparta	80	80	100	100
	Toma y cede la palabra o turnos en la conversación	100	100	100	100
	Da señales de escucha (monosílabos: si-sí, ajá, y luego, etc., parafrasea o repite lo que dicen)	100	100	100	100
	Cuando otros niños se dirigen a él de un modo amable y cortés les responde de la misma forma	100	100	100	100
	Finaliza la plática de modo amistoso y agradable	100	100	100	100
	Se despide cuando termina la conversación	100	100	100	100
Expresión de sentimientos positivos	Dice frases o expresiones que afirman algo agradable de sí mismo	100	100	100	100
	Puede expresar cuando se siente tranquilo, alegre, feliz, etc.	80	80	80	80
	Puede expresar sentimientos positivos como amor, agrado, afecto	100	100	80	80
	Responde a las emociones y sentimientos positivos de los demás (felicitaciones, alegría)	80	80	80	80
Expresión de sentimientos negativos	Expresa a los demás sentimientos negativos de molestia, enojo, desagrado, tristeza y fracaso, entre otros sin agredir y sin chantajear	100	100	60	80

	Responde a las emociones y sentimientos desagradables de los demás acorde a la situación (crítica, enojo, tristeza) sin agredir y sin chantajear	80	80	40	80
Expresión de opiniones personales incluido el desacuerdo	Manifiesta a otras personas su punto de vista, sus ideas y su postura respecto a determinados temas y situaciones sin agredir y sin chantajear	100	100	80	100
	Cuando su opinión es ignorada repite su mensaje (añade más información, matiza el lenguaje corporal para que tenga más fuerza, pide que le escuchen) sin agredir y sin chantajear	100	100	100	100
	Expresa y defiende sus opiniones, sin enojarse y sin chantajear	100	100	80	100
Solicitar cambios de conducta	Le dice a la otra persona de forma amable y sin alterarse que no le gusta lo que ha hecho	100	100	60	100
Disculpar o admitir Ignorancia	Dice lo siento, pide disculpas o perdón por algo que ha hecho	100	100	100	100
	Admite que no sabe del tema	100	100	100	80
	Solicita más información aceptando que no sabe del tema	100	100	100	100
Cooperar y compartir	Toma parte en una tarea o actividad común	100	100	100	100
	Ofrece y acepta sugerencias e ideas para el juego o la actividad	100	100	100	100
	Respeto los turnos de la intervención	100	100	100	100
	Hace las actividades asignadas y acordadas	100	100	100	100
	Participa con una actitud positiva, amistosa y amable	80	80	100	100
	Ofrece o da un objeto a otra persona	100	100	100	100
	Presta lo propio a los otros	80	80	100	100
	Pide prestado a otros	100	100	100	100
	Utiliza adecuadamente los objetos que le prestan los demás (rueda un coche, vuela un avión, bota la pelota)	100	100	100	100
	Trabaja en pequeños equipos con sus compañeros	100	100	100	100
	Sigue las reglas del juego	100	100	100	100

Nota: La numeración de las columnas obedece al siguiente criterio: 1. Pertinencia. 2. Relevancia. 3. Redacción. 4. Repetición.

FASE 3

- **DISEÑO Y AJUSTE DE LOS CONTENIDOS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIALES EN NIÑOS INSTITUCIONALIZADOS**

Planteamiento del problema

El apoyo psicológico debe considerar brindar estrategias que favorezcan la integración social del niño a su medio ambiente durante su inserción y proceso de institucionalización. El trabajo en el campo de la psicología de la salud tiene, al menos, dos metas específicas: brindar herramientas para prevenir futuros trastornos psicológicos e incrementar la calidad de vida.

Es importante considerar que las intervenciones bajo el enfoque cognitivo conductual han probado ser de utilidad para promover el desarrollo social y adaptación al medio ambiente, lo cual ayudará a los niños a integrarse a la sociedad a mediano y largo plazo. Por lo tanto, la meta específica es diseñar estrategias, describirlas de manera sistemática, así como desarrollar materiales y actividades planeadas, de modo que permitan al niño institucionalizado desarrollar habilidades para adaptarse a su entorno social adecuadamente, promover factores protectores que posibiliten una mejor ajuste psicológico a su entorno y, con ello, incrementar su calidad de vida.

Objetivos

Objetivo general

Diseñar un programa de intervención cognitivo conductual, conocer si las instrucciones, actividades, y materiales del programa son comprensibles y atractivos para los niños institucionalizados.

Objetivos específicos

- Describir las estrategias y contenidos de manera sistemática, para permitir la futura replicación del programa de intervención.

- Desarrollar actividades, planear ejercicios y situaciones acordes a los objetivos.
- Desarrollar manuales para los terapeutas, para los niños y las niñas, así como materiales de apoyo.
- Conocer si las instrucciones, las actividades, y las situaciones planeadas en los ejercicios son claras, agradables y fáciles de entender para los niños.
- Conocer si los manuales, el tipo de dibujos, y los materiales de apoyo son claros, agradables y fáciles de entender para los niños.
- Conocer si los contenidos del programa de entrenamiento son claros, agradables y fáciles de entender para los niños.

MÉTODO

Tipo de estudio

Descriptivo y de campo

Participantes

Se trabajó con 10 niñas entre 8 y 11 años de edad del Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la Procuraduría del Distrito Federal.

Escenario

Instalaciones del Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la Procuraduría del Distrito Federal.

Instrumentos

Manual y actividades desarrollados *ex profeso* para el Programa de intervención dirigido al desarrollo de habilidades sociales para menores institucionalizados.

Procedimiento

Para la selección del enfoque del programa de intervención, de los contenidos y componentes a entrenar, así como de las estrategias a utilizar, se tomó en

consideración la información analizada en el estado del arte, expuesta en los primeros tres capítulos del presente escrito. También se consideraron los resultados de la Fase 1 de la presente investigación, relacionados con la evaluación y descripción de las habilidades sociales y características psicológicas en una muestra de niños mexicanos institucionalizados. Por último, se retomaron las observaciones de los jueces expertos, respecto a los contenidos del programa de entrenamiento, reportados en la Fase 2.

Una vez establecido el enfoque terapéutico (cognitivo conductual) y los contenidos conceptuales del programa de intervención, se desarrollaron manuales para el terapeuta, para los niños y las niñas, así como materiales de apoyo para entrenar los componentes del programa. Los manuales se presentaron en el mismo género del niño, por ejemplo, si estaba dirigido a niñas se empleaban dibujos de niñas, ya que hay variables en los modelos – sean éstos simbólicos o concretos- que tienden a facilitar el aprendizaje a través del procedimiento del modelado, y éstos son más efectivos si se presentan en el mismo género del observador (Bandura, 1982).

Para la prueba del programa se trabajó con una muestra de niñas del Centro de Estancia Transitoria, con el fin de conocer si los contenidos, los manuales, las instrucciones, las actividades, y los materiales de apoyo, eran claros, fáciles de entender, adecuados y atractivos para ellas. Se llevó a cabo de esa manera, porque en el momento de realizar este estudio no había suficientes varones que cubrieran los criterios de inclusión, para conformar un grupo de varones, ya que los participantes tenían menor o mayor edad del rango establecido, o no estaban interesados en participar.

Se iniciaron las sesiones de entrenamiento con un grupo original de 5 niñas, pero debido a la naturaleza inestable de la permanencia en los albergues temporales, las participantes se fueron renovando, a fin de mantener un grupo de 5 niñas en promedio. Se realizó de este modo para cumplir con el objetivo de esta fase, que fue diseñar y ajustar los contenidos del programa de intervención para el desarrollo de habilidades sociales en niños en situación de institucionalización. Se procedió, entonces, a conocer si las instrucciones, las actividades y las situaciones planeadas en los manuales resultaban claras,

agradables y fáciles de entender para las participantes; así como a observar si el tipo de dibujos y los materiales de apoyo eran los adecuados para el desarrollo de los contenidos del programa de entrenamiento.

Las sesiones del programa se llevaron a cabo en las mesas de trabajo de la ludoteca del Centro. Se proporcionó como premio o reforzador, por la asistencia y participación en el programa, media de hora de juego libre dentro de la ludoteca al término de cada sesión. La selección de los juguetes dependía de la calidad de la participación de cada niña durante la sesión. Si la niña se mostraba participativa podía elegir el juguete que quisiera, si no participaba se le asignaba el juguete con el cual podía jugar, de modo que para tener acceso a una libre elección del material, era necesario que las niñas generaran un compromiso dentro de la sesión, a fin de obtener su premio.

Se contó con dos terapeutas, una dirigía y explicaba el contenido de cada sesión, apoyaba a las niñas en los ejercicios, monitoreaba, modelaba las conductas a entrenar y retroalimentaba la ejecución de las menores. La co-terapeuta apoyaba en el modelamiento de las conductas a entrenar y en la supervisión de los ejercicios de práctica. Las sesiones de intervención se llevaron a cabo en un ambiente de respeto, bajo una serie de acuerdos y reglas a respetar, en cuyo establecimiento participaron las niñas, al iniciar las sesiones.

Se instrumentó el programa de intervención con las participantes, se trabajaron 14 sesiones, dos veces por semana, con un promedio de 90 minutos de trabajo y 30 minutos de juego. Las terapeutas y las niñas trabajaron con sus respectivos manuales. En la Tabla 24 se presenta el esquema de cada una de las sesiones, con los componentes entrenados en cada una de ellas.

En la sección de resultados se reportan los ajustes realizados, a partir de lo ocurrido durante las 14 sesiones en que se aplicó a las niñas el Programa de Intervención para el Desarrollo de Habilidades Sociales en Niños Institucionalizados.

Tabla 25. Contenidos y componentes de las sesiones del programa de intervención para el desarrollo de habilidades sociales.

Sesión	Contenidos y componentes
1	Causas del estrés, efectos en el cuerpo, como sudoración, aceleración de los latidos del corazón, nerviosísimo, descenso de temperatura corporal (manos y pies); entrenamiento en relajación con la técnica de respiración diafragmática.
2	Identificación de emociones positivas y negativas (contento, feliz, triste, infeliz, enojado, furioso, miedoso, aterrado, tranquilo, frustrado, molesto), entrenamiento en relajación con la técnica de respiración diafragmática.
3	Habilidades básicas como sonreír, contacto visual, postura corporal, saludar, dar señas de escucha activa (asentir, no distraerse); entrenamiento en relajación con la técnica de respiración diafragmática.
4	Introducción al modelo ABC (Adversity, Beliefs, Consequences), relación entre situación, pensamientos, y emociones (habilidades previas para realizar en entrenamiento en reestructuración cognitiva); entrenamiento en relajación con la técnica de respiración diafragmática.
5	Introducción al modelo ABC (Adversity, Beliefs, Consequences), relación entre situación, pensamientos, y emociones (habilidades previas para realizar en entrenamiento en reestructuración cognitiva); entrenamiento en relajación con la técnica de respiración diafragmática.
6	Reestructuración cognoscitiva; entrenamiento en relajación con la técnica de respiración diafragmática.
7	Reestructuración cognoscitiva; entrenamiento en relajación con la técnica de respiración diafragmática.
8	Habilidades sociales: inicio de conversaciones; entrenamiento en relajación con la técnica de respiración diafragmática.
9	Habilidades sociales: mantenimiento de conversaciones;

entrenamiento en relajación con la técnica de respiración diafragmática.

10	Habilidades sociales: mantenimiento de conversaciones; entrenamiento en relajación con la técnica de respiración diafragmática.
11	Habilidades sociales: finalizar conversaciones; entrenamiento en relajación con la técnica de respiración diafragmática.
12	Solución de problemas: identificación de problemas, detenerse antes de actuar; entrenamiento en relajación con la técnica de respiración diafragmática.
13	Solución de problemas: establecimiento de metas, generación y generación de alternativas; entrenamiento en relajación con la técnica de respiración diafragmática.
14	Solución de problemas: evaluación de alternativas y selección de una estrategia; entrenamiento en relajación con la técnica de respiración diafragmática.

Cierre

RESULTADOS

En cumplimiento del objetivo de esta fase, a continuación se exponen los aspectos observados en el desarrollo de las sesiones, así como la descripción del tratamiento.

Con relación a los contenidos del programa de *habilidades sociales*, el desempeño de las niñas fue adecuado en la mayoría de las sesiones. Las instrucciones fueron claras, las actividades adecuadas, el tipo de dibujos y de ejemplos resultaron accesibles y fáciles de entender, por lo que se consideraron adecuados para el programa. Los ejercicios en los que se usaron diversas estrategias para la comprensión de los contenidos, tales como juego de roles, retroalimentación, modelamiento, juegos, y ejercicios incluidos en el manual, fueron de utilidad, agrado y divertidos para las niñas.

Respecto al componente de *reestructuración cognoscitiva*, las niñas pudieron identificar la relación entre situación, pensamiento y emoción, pero les resultó difícil realizar los ejercicios de reestructuración. Las instrucciones y los ejercicios propuestos parecieron confusos y difíciles de entender. Ante esta situación, se modificaron y adecuaron en el transcurso de las sesiones, hasta que resultaran claros para las niñas. Otro punto a considerar fue la necesidad de retomar este componente en sesiones posteriores, ya que al intentar entrenar otro componente -habilidades sociales avanzadas-, las participantes parecían haber olvidado el procedimiento previamente visto, les costaba trabajo entender; por ello, se tuvo que entrenar nuevamente el procedimiento en las sesiones posteriores de la intervención.

Al entrenar el componente de *solución de problemas*, las instrucciones fueron claras, las actividades adecuadas, el tipo de dibujos y de ejemplos accesibles y fáciles de entender, adecuados para el desarrollo de habilidades de solución de problemas. Sin embargo, es importante notar que en aquellos ejercicios en los cuales se emplearon únicamente ejercicios de lápiz y papel, les resultaron cansados a la mayoría de las participantes.

Con relación al componente de manejo de la *ansiedad* no se obtuvieron los mismos resultados, ya que se practicó en pocas ocasiones por el tiempo limitado que asignó la institución. Se empleó la estrategia de tensión-distensión. Los ejercicios no les llamaron la atención, al preguntarles si lo practicaban fuera de las sesiones, ya que se les pedía que lo practicasen, las participantes solían responder que no lo hacían; no expresaron que les agradara la tarea, aunque tampoco mostraron o manifestaron disgusto. Se consideró que no se desarrolló esta habilidad. La duración de hora y media de las sesiones resultó insuficiente, por lo cual no se entrenó en la mayoría de las sesiones los ejercicios de relajación, ni se asignaron las tareas planeadas.

Con los resultados antes descritos, se realizaron cambios en el programa de intervención en diversos aspectos, para su aplicación con los niños y adolescentes de ambos sexos. Entre tales ajustes estuvieron: a) generar materiales de apoyo, por ejemplo carteles que facilitaran el entendimiento del manual, y presentaran los ejemplos que ahí venían de manera visual y

llamativa; b) mostrar claridad en los conceptos de reestructuración cognoscitiva y adecuarlos al nivel de entendimiento de las participantes, por lo que algunos conceptos abstractos se cambiaron por otros concretos que ellas entendieran, lo cual se relaciona con su nivel de maduración, y c) modificar los tiempos, tanto de duración del programa, como de la frecuencia del entrenamiento en reestructuración cognoscitiva.

Los cambios del programa se enumeran a continuación:

- Se incrementó la utilización de elementos visuales, auditivos y motores, a través del uso de diversas estrategias, tales como posters de apoyo que ayudaran a los participantes a entender las relaciones y conceptos que vienen en su manual, juegos, hojas de trabajo, ejercicios con juego de roles, guías visuales, entre otros, para mantener el interés.
- Se incluyeron más emociones en el vocabulario emocional, ya que las participantes requerían conocer los grados de intensidad en las emociones, reconocer la importancia de los puntos intermedios, para expresar adecuadamente lo que querían decir.
- Se incorporaron los registros de relación entre situación, pensamiento y emoción, en las cinco primeras sesiones, y los registros de *reestructuración cognoscitiva* en el resto de las sesiones. Lo anterior debido a que a las participantes les resultó difícil retomar el procedimiento después de entrenar otra habilidad, porque lo habían olvidado.
- Se programó utilizar la estrategia de juego de roles desde el inicio del módulo de reestructuración, ya que aparentemente las niñas iban entendiendo y realizaban (con apoyo) adecuadamente los ejercicios, pero cuando se empleaba la estrategia de juego de roles al final de las sesiones de entrenamiento, les costaba mucho trabajo realizarlo adecuadamente.
- En la sesión 5 se introdujeron ejemplos de pensamientos distorsionados, se procuró utilizar aquellos que se pudieran aplicar a situaciones potencialmente problemáticas para niños y niñas, para que ambos

grupos se identificaran con ellos. Adicionalmente, se hicieron más ejercicios de expresión oral para adquirir mayor confianza y habilidad al expresar sus pensamientos; primero veían viñetas, luego el terapeuta les modelaba y, posteriormente, ellas daban ejemplos de sus pensamientos distorsionados de forma oral, al final trabajaban en su manual.

- Se suprimieron conceptos como útil-inútil, luminoso-oscuro en el módulo de *reestructuración cognoscitiva* porque resultaron confusos. Se cambiaron estos términos por *pensamientos que me ayudan* y *pensamientos que no me ayudan*, los cuales resultaron claros y entendible a las participantes.
- Se adicionaron 30 minutos de tiempo a las sesiones, quedando de dos horas para realizar los ejercicios de relajación y dejar tareas de práctica.

Es importante señalar que el manual de entrenamiento para niños y niñas es el mismo, las adecuaciones se centraron en torno a la presentación de estímulos, la claridad de las instrucciones, el lenguaje, los conceptos y la frecuencia con que se llevaban a cabo los ejercicios; aspectos vinculados al objetivo de la fase. La Tabla 26 muestra los cambios realizados al programa y la razón de las adecuaciones.

Tabla 26. Ajuste de los contenidos del programa para el desarrollo de habilidades sociales.

Cambio	Antes	Después	Razón
Tiempo de duración de cada sesión	90 minutos	120 minutos	El tiempo no alcanzaba para entrenar el ejercicio de relajación ni para dejar tareas fuera de las sesiones
Procedimiento de la técnica de reestructuración	Se realizaban registros de relación entre	Los registros de relación SPE se llevaron a cabo en las primeras 5 sesiones y los	Como consecuencia de la complejidad que presentó para las menores el realizar los ejercicios de RC, se decidió practicar ejercicios

cognoscitiva (RC)	situación, pensamiento o y emoción (SPE) en 2 sesiones, y dos ejercicios de RC en 2 sesiones	de RC en las 9 sesiones restantes	pre recurrentes (SPE) y de reestructuración cognoscitiva en todas las sesiones del tratamiento
----------------------	--	---	---

Técnica de relajación	de	Técnica de Tensión- distensión	de	Técnica de respiración diafragmática	de	Las participantes no demostraron interés por la técnica, por lo que se cambió por otra más llamativa
--------------------------	----	--------------------------------------	----	--	----	--

Nota: SPE: sentimiento, pensamiento, emoción; RC: Reestructuración cognoscitiva.

Programa de Intervención para el Desarrollo de Habilidades Sociales en Menores Institucionalizados

En esta sección se expone el programa de intervención, en su versión ajustada, que fue el que se utilizó durante el **Estudio 1** de la presente investigación. El programa de intervención se llevó a cabo con el apoyo del manual para el terapeuta y del manual para niños y niñas dividido en 14 sesiones, cada una con información, ejercicios de práctica y tareas asignadas. Los manuales se presentaron con el mismo género del menor (si era niña, los personajes eran niñas), lo anterior con la finalidad de facilitar el aprendizaje a través del procedimiento de modelado, ya que la variable género es una de las características que lo facilitan. El manual fue elaborado para que cada participante pudiera realizar ejercicios por escrito, ensayos conductuales, juegos de roles y actividades junto con el terapeuta. Para entrenar a los menores en técnicas de relajación, se practicaron ejercicios de respiración diafragmática en todas las sesiones

La terapeuta era estudiante de doctorado, recibió entrenamiento supervisado en terapia cognitivo conductual infantil en el Centro Psicológico “Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la UNAM. Dirigía las sesiones, explicaba el contenido de cada una, apoyaba a los niños en los ejercicios y los monitoreaba; modelaba las conductas a entrenar y retroalimentaba la ejecución de los menores. La coterapeuta era Licenciada en Psicología, con formación y experiencia clínica bajo el enfoque cognitivo conductual, apoyaba a la terapeuta en el desarrollo de las sesiones, dirigía el entrenamiento en respiración diafragmática, modelaba con la terapeuta las conductas a entrenar, apoyaba a los participantes, los monitoreaba, y les proporcionaba retroalimentación sobre su ejecución.

Las sesiones de intervención se llevaron a cabo en un ambiente de respeto, al principio del tratamiento se estableció con los participantes una serie de acuerdos a observar que ellos mismos propusieron. Los componentes a entrenar fueron habilidades sociales, reestructuración cognoscitiva, solución de problemas y manejo de la ansiedad. Las estrategias utilizadas fueron ensayos

conductuales, juego de roles, instrucciones, modelamiento, tareas, retroalimentación y reforzamiento.

Sesión 1.

En la primera sesión se proporcionó información sobre los aspectos somáticos, cognitivos y emocionales del estrés, pautas para identificarlos, así como estrategias para ayudar a reducirlo. Para lo anterior se emplearon dibujos, ejercicios y, a partir de experiencias propias, los participantes identificaron aquellas situaciones donde habían experimentado los efectos del estrés (Ver Figura 1).

Manifestaciones fisiológicas del estrés

¿Qué hace el estrés en tu cuerpo?

Colorea aquellas sensaciones que has sentido en tu cuerpo

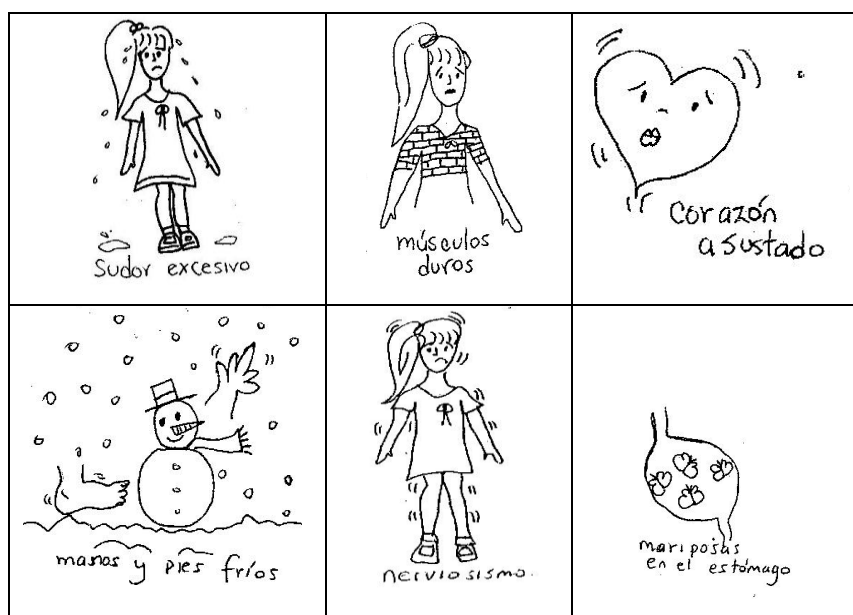


Figura 1. Ejercicio de práctica para identificar manifestaciones fisiológicas de la ansiedad.

Se inició el entrenamiento con ejercicios de respiración diafragmática, el cual se entrenó en todas las sesiones. Se solicitó a los menores que se sentaran en una posición cómoda en su silla, no cruzar las piernas y mantener los pies apoyados en el suelo, cerrar los ojos y colocar una mano sobre su estómago y

la otra mano sobre su pecho. Se listan las instrucciones que la coterapeuta daba a los niños para realizar la actividad:

- Vamos a aprender cómo debemos respirar para sentirnos mejor.
- Vamos a respirar hacia adentro y hacia fuera, y vamos a sentir cómo se mueven las manos.
- Ahora, vamos a intentar que la mano que más se mueva sea la que tenemos sobre el estómago y que la que tenemos sobre el pecho se mueva muy poco.
- Ahora todos vamos a respirar hacia adentro mientras yo cuento y luego vamos a respirar hacia fuera mientras yo sigo contando (alargar la cuenta progresivamente de modo que los niños inspiren al contar tres, pausa de dos tiempos y luego exhalar lentamente al contar tres).
- Metemos el aire en nuestro estómago... 1, 2, 3, lo dejamos dentro 1, 2, y ahora lo sacamos lentamente 1, 2, 3...
- Vamos a pensar que tenemos un globo dentro de nuestro estómago y que lo tenemos que inflar cuando metemos aire y desinflar cuando el aire sale.
- Fíjense cómo la mano que está sobre nuestro estómago se mueve hacia arriba indicando que el globo se está inflando.
- Se repite el conteo, se hacen varias inspiraciones y se verifica que lo estén haciendo correctamente.

Se explicó a los niños la relación entre una situación, el pensamiento y la emoción, se realizaron registros relacionadas con situaciones sociales.

Sesión 2.

Los menores trabajaron el reconocimiento de las emociones positivas y negativas (contento, feliz, triste, infeliz, enojado, furioso, miedoso, aterrado, tranquilo, frustrado, molesto). Se discutió la importancia de reconocer las emociones y de utilizar expresiones faciales dentro de la comunicación, acordes a éstas. A través de diversos ejercicios y técnicas como el modelamiento, juego de roles, juegos, ejercicios, identificación fotográfica, mímica, entre otros, los niños identificaban el antecedente-consecuente de

diversas emociones junto con sus terapeutas. La Figura 2 muestra un catálogo de caritas con diferentes emociones. Los niños las identificaban, imitaban, y modelaban. Se continuó con el entrenamiento en respiración diafragmática y con los registros de relación entre situación, pensamiento y emoción.

Ejercicio de reconocimiento de emociones

Mira las siguientes caritas, todas ellas muestran una emoción, toma una emoción de la siguiente caja

Solo, aburrido, contento, triste, enojado, miedoso, feliz, tranquilo, furioso, frustrado, molesto, aterrado, infeliz.



triste

contento

aburrido



enojado

aterrado

solo



infeliz

molesto

furioso



feliz

tranquilo

miedoso

Figura 2. Ejercicio de práctica para identificar las expresiones faciales que acompañan distintas emociones.

Sesión 3.

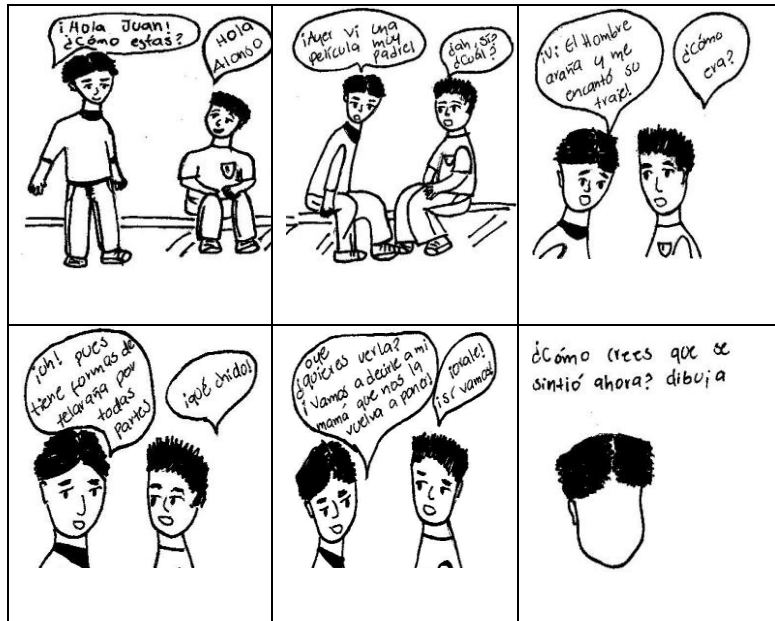
En la sesión tres se inició el entrenamiento en habilidades sociales básicas: sonreír, contacto visual, postura corporal, tono de voz y saludo. Se discutió la importancia de ejecutar estas habilidades para mostrar agrado al estar con otra persona y que permitiera pensar al otro, que uno está atento a lo que nos dice y viceversa. Para el entrenamiento se utilizaron diversas estrategias y ejercicios, los niños identificaron las habilidades a través de historietas, primero se mostraba a un par de niños platicando pero sin demostrar habilidades sociales básicas, y una segunda versión en donde se exhibían las habilidades (Ver Figura 3). Se les preguntaba en qué eran diferentes una y otra historia, cómo se sentiría el modelo en cada una de ellas, posteriormente la terapeuta modelaba ambas situaciones, después los niños hacían juegos de roles. El terapeuta y los niños retroalimentaban al participante, le decían lo que había hecho bien y lo que podía mejorar. En resumen, las terapeutas modelaban las habilidades, los menores realizaban diversos ejercicios de práctica y, tanto la terapeuta como los menores, proporcionaban retroalimentación sobre la ejecución de cada uno de ellos. Se continuó con el entrenamiento en respiración diafragmática y con los registros de relación entre situación, pensamiento y emoción.

Viñetas de entrenamiento de habilidades sociales.

Observa la historia 1



Ahora observa la historia 2



¿Cuál es la diferencia entre la historia 1 y la historia 2?

Diferencia 1 _____

Diferencia 2 _____

Figura 3. Ejercicios de identificación de habilidades sociales básicas.

Sesiones 4 y 5.

Se inició el entrenamiento en identificación de situaciones, pensamientos y emociones, con el objetivo de permitir a los niños identificar patrones automáticos de pensamiento. Se emplearon historias donde los protagonistas describían cuáles eran sus pensamientos ante diversas situaciones de índole social (Ver Figura 4). El niño identificaba cuál sería su pensamiento inicial ante las distintas situaciones de práctica que se introducían en el manual.

Viñetas para identificar pensamientos

Sabina está en el recreo, todos juegan policías y ladrones.



¿Qué pensó la niña?, ¿cómo se sintió? _____

Juego ¿Y ... qué es lo que pasa después?



¿Por qué crees que se haya sentido así la niña? _____

¿Qué fue lo pensó? _____

Luis no entiende lo que dijo la maestra, pregunta a su compañero pero no le responde....



¿Qué pensó el niño?, ¿cómo se sintió? _____

Figura 4. Ejercicios de práctica para identificar pensamientos.

Los niños practicaron la identificación del pensamiento automático con diversos ejercicios por escrito. Posteriormente, se introdujo el modelo ABC (Adversity, Beliefs, Consequences). Se explicó cada uno de los componentes, utilizando caricaturas y ejercicios que el niño debía completar, identificando los pensamientos o las consecuencias, es decir, la respuesta emocional. Para ello debía completar espacios en la caricatura o responder preguntas sobre la misma, realizar ejercicios para relacionar elementos y dando ejemplos sobre experiencias personales o ficticias. Se continuó con el entrenamiento en respiración diafragmática.

Sesiones 6 y 7.

Los menores comenzaron el proceso de reestructuración cognoscitiva. Se identificó con viñetas e historietas cuáles eran los pensamientos que ayudaban a una persona a sentirse bien y cuáles no, en diversas situaciones (Ver Figura 5). Se discutió la posibilidad de cambiar aquellos pensamientos que no les ayudaban a sentirse bien, tales como culpa, sentimientos de soledad, de rechazo, de hacer las cosas mal, de que no los quieren, por unos que pudieran ayudarlos a sentirse mejor, como poder esforzarse, arreglar las cosas, intentarlo de nuevo, así como quitar el catástrofe de lo que había sucedido.

Observa la siguiente caricatura



Subraya los pensamientos que le ayudan a sentirse mejor

¿Cómo se siente la niña? _____

Subraya los pensamientos que no le ayudan a sentirse

Figura 5. Viñeta de práctica para trabajar el modelo ABC

Una vez que se identificó la respuesta emocional como consecuencia del pensamiento, se les pidió que hicieran un alto, se preguntaran si ese pensamiento lo podían cambiar por uno que les ayudara a sentirse mejor. De ser así, cuál sería ese nuevo pensamiento y cuál sería la nueva respuesta emocional que podrían experimentar como consecuencia de ese cambio. Se realizaron ejercicios con ejemplos de situaciones reales que ellos proponían, dónde podían cambiar su pensamiento y por lo tanto su consecuencia emocional (Ver Figura 6). Se continuó con el entrenamiento en respiración diafragmática.

Ejercicios para trabajar el modelo ABC

Caricaturas. Observa lo que pasa y anota lo que crees que pensó.



¿Cuáles pensamientos no le ayudan a la niña? _____

¿Cómo se siente? _____

¿Cuál pensamiento podría ayudarle? _____

¿Cómo se sentiría? _____



¿Cuáles son los pensamientos que ayudan? _____

¿Cómo se siente la niña? _____



¿Cuáles son pensamientos que le ayudan? _____

¿Cuáles pensamientos no le ayudan? _____

¿Cómo se siente el niño? _____

¿Cuál pensamiento podría ayudarle? _____

¿Cómo se sentiría? _____

¿Qué otras cosas podría pensar que le ayudaran a sentirse mejor? _____

Figura 6. Ejercicios de práctica para trabajar el modelo ABC.

Sesiones 8, 9, 10 y 11.

Se inició el entrenamiento en habilidades de conversación, se trabajaron tres habilidades: inicio, mantenimiento y término de conversaciones. Se introdujo al concepto de cada una de las habilidades a través de preguntas, y la importancia de la conversación como fuente de disfrute, aprendizaje, diversión, compañía y para hacer amigos.

Cada habilidad se descompuso en pequeños pasos secuenciados lógicamente, inicio de conversaciones: presentarse a sí mismo ante otra persona, iniciar un saludo, responder un saludo, comentar algo para iniciar una conversación (Ver Figura 7). Mantenimiento de conversaciones: hacer y responder preguntas, escuchar las ideas y opiniones de los otros aunque no las comparta, tomar turnos, dar señales de escucha (monosílabos: si-sí, ajá, y luego, etc., parafrasear o repetir lo que dicen). Terminar conversaciones: finalizar la plática de modo amistoso y agradable -avisar que se va, dar una excusa o motivo-, y despedirse cuando termina la conversación.

Los niños identificaban cada uno de los pasos a través de historietas, juegos, dibujos, modelado a través de historietas, del terapeuta y ejercicios de práctica

en el manual, y a través del juego de roles. A estas habilidades conversacionales se sumaron las habilidades básicas aprendidas previamente, tales como sonreír, hacer contacto visual, tener una adecuada postura corporal, saludar y dar señas de escucha activa (asentir, no distraerse) y reconocimiento y expresión de emociones.

Ilustración de los pasos conductuales para iniciar una conversación



¿Qué es lo que quiere la niña? _____

¿Cómo lo consigue? _____

Figura 7. Viñeta para ejemplificar los componentes al iniciar una conversación.

Posteriormente se realizaron ejercicios de juego de roles con distintas situaciones y escenarios (escuela e internado) propuestos en el manual. Se practicó cada habilidad por separado, a medida que se iba introduciendo la habilidad que seguía en la secuencia natural de una conversación, ésta se iba incorporando en el juego de roles. Adicionalmente, tanto el terapeuta como sus pares retroalimentaban su ejecución, los niños identificaban lo que hacían bien

sus compañeros y también lo que podían mejorar. Finalmente, complementaron con ejercicios por escrito la identificación de los pasos conductuales y secuencia de las habilidades. Se continuó con el entrenamiento en respiración diafragmática y con registros de reestructuración cognitiva enfocados en problemas sociales.

Sesiones 12, 13 y 14.

En estas sesiones se entrenó el procedimiento de solución de problemas. El primer concepto que se presentó a los niños fue el de esperar antes de actuar, se les presentó a través de historias y ejercicios por escrito los pensamientos que no ayudan (pensamientos que vienen inmediatamente a la cabeza después de que ocurre un problema) y de los pensamientos que ayudan (pensamientos que ayudan a tomarlo con calma en vez de precipitarse a actuar). Los ejercicios por escrito tenían la finalidad de identificar los dos tipos de pensamientos, sus consecuencias y la posibilidad de cambiarlos.

Se señaló la importancia de entender que es lo que había pasado, entender por qué el otro hacía las cosas a través de “ponerse en sus zapatos”, tomar en cuenta cómo se sentían las demás personas involucradas en la situación (empatía). Para lograrlo se presentaban distintas imágenes que representaban una situación-problema donde se cuestionaba a los niños sobre lo que sentían los personajes, que pensaban, por qué estaban enojados y qué pensaba que era lo que querían. Se dividía al grupo en equipos y hacían juegos de roles para representar una situación-problema.

Posteriormente, se enseñaba a los niños a tener un objetivo, saber “hacia dónde voy”, saber qué es lo que les gustaría que pasara, y hacer una lista con las cosas que podrían hacer, a fin de que ese objetivo se cumpliera. Se les presentaban distintas situaciones problemáticas donde ellos señalaban cuál era el objetivo por alcanzar y proponían diferentes soluciones para alcanzar ese objetivo. Se realizaron ejercicios con situaciones propuestas en el manual y por ellos mismos.

En el último paso del procedimiento de solución de problemas, los menores tenían que elegir una acción a realizar. Utilizaba los conceptos de ventajas y desventajas para hacer un balance para decidir cuál alternativa era la que representaba la mejor opción. Practicaban con situaciones ficticias y con ejemplos reales. Finalmente, el proceso terminó identificando si la opción seleccionada había funcionado o no. En ese sentido se exponía que no siempre se obtenía el resultado esperado, por lo que se podía volver a comenzar el procedimiento, hasta encontrar la solución del problema y conseguir la meta esperada. Se continuó con el entrenamiento en respiración diafragmática.

De esta manera se integraron y entrenaron los contenidos del Programa de Intervención para el Desarrollo de Habilidades Sociales en Menores Institucionalizados. A continuación se presenta el Estudio 1, donde se instrumentó el Programa con los menores institucionalizados.

ESTUDIO 1

- **EFFECTOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA EL ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES EN NIÑOS INSTITUCIONALIZADOS**

Objetivos

Objetivo general

Evaluar los efectos de un programa de intervención con enfoque cognitivo conductual para el desarrollo de las habilidades sociales, así como su impacto en las variables psicológicas de ansiedad, autoestima y depresión en niños institucionalizados.

Objetivos específicos

Determinar los efectos de la intervención en la habilidad social/asertividad de los menores

Determinar los efectos de la intervención en la ansiedad de los menores

Determinar los efectos de la intervención en la autoestima de los menores

Determinar los efectos de la intervención en la depresión de los menores

Preguntas de investigación

¿El Programa de intervención para el desarrollo de las habilidades sociales tiene efectos sobre tales conductas en menores institucionalizados?

¿El Programa de intervención para el desarrollo de las habilidades sociales tiene impacto sobre las variables psicológicas de ansiedad, autoestima y depresión en menores en situación de institucionalización

Hipótesis

Ha₁ Es mayor el nivel de habilidad social de los menores institucionalizados después de recibir el Programa de intervención para el desarrollo de las habilidades sociales

Ho₁ No es mayor el nivel de habilidad social de los menores institucionalizados después recibir el Programa de intervención para el desarrollo de las habilidades sociales

Ha₃ Es menor el nivel de ansiedad en los menores institucionalizados después recibir el Programa de intervención para el desarrollo de las habilidades sociales

Ho₃ No es menor el nivel de ansiedad en los menores institucionalizados después de recibir el Programa de intervención para el desarrollo de las habilidades sociales

Ha₂ Es mayor el nivel de autoestima en los menores institucionalizados después recibir el Programa de intervención para el desarrollo de las habilidades sociales

Ho₂ No es mayor el nivel de autoestima en los menores institucionalizados después recibir el Programa de intervención para el desarrollo de las habilidades sociales

Ha₄ Es menor el nivel de depresión en los menores institucionalizados después de recibir el Programa de intervención para el desarrollo de las habilidades sociales

Ha₄ No es menor el nivel de depresión en los menores institucionalizados después de recibir el Programa de intervención para el desarrollo de las habilidades sociales

Variables

Variable independiente

Programa de intervención cognitivo-conductual para el desarrollo de las habilidades sociales.

Variables dependientes

Habilidades sociales, ansiedad, autoestima y depresión.

Definición conceptual de las variables

Habilidades sociales: son un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de una persona de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras que minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 1993).

La ansiedad está definida como una sensación consciente de miedo y aprensión que se anticipa a una amenaza o peligro. La ansiedad se acompaña de alteraciones fisiológicas tales como: palpitaciones, sensación de ahogo, náuseas, sudoración, cambios musculares, temblores, torpeza muscular, sensación de pérdida de control sobre el ambiente, entre otros. Se acompaña de conductas de retirada y huida (Martínez, 1995).

La autoestima es la satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una actitud evaluativa de aprobación que siente hacia sí mismo. La autoevaluación está basada en una combinación de información objetiva que tiene el individuo acerca de sí mismo y una evaluación subjetiva de esta información (Caso, 1999).

Depresión: en niños se describe por la presencia de algunos de los siguientes síntomas en la respuesta afectiva: sentimientos de tristeza/desgracia, llantos; un autoconcepto negativo: sentimientos de inadecuación, poca estima, inutilidad, desamparo, desesperanza y falta de cariño; disminución de la productividad y de los impulsos: aburrimiento, alejamiento, falta de energía, descontento, poca capacidad para el placer y para aceptar ayuda, así como retraso motor; preocupaciones por diversas cosas: por la muerte, la enfermedad, el yo o los otros, pensamientos suicidas, y sentimientos de pérdida (real o imaginaria), y problemas de agresión: irritabilidad y explosiones de mal humor (Lang y Tisher, 2003).

Definición operacional de las variables

Puntaje de la Escala de conducta asertiva para niños (CABS) de Michelson y Wood (1982).

Puntaje de la Escala de Ansiedad manifiesta en niños revisada (CMAS-R) de Reynolds y Richmond (1997).

Puntaje del Inventario de Autoestima de Coopersmith para niños (Coopersmith, 1959).

Puntaje de la Escala de Depresión para niños (CDS) de Lang y Tisher (2003).

Diseño de Investigación

Diseño experimental aleatorizado con réplica (grupo con tratamiento demorado), con mediciones pretest-postest y mediciones repetidas (Campbell & Stanley, 1995).

En la Tabla 27 se muestra el diseño de la investigación, se utilizaron dos grupos: un Grupo Experimental y un Grupo Experimental Demorado, los menores de ambos grupos fueron evaluados en los mismos tiempos, independientemente de su condición, en todas las evaluaciones: pre evaluación, post evaluación, y tres seguimientos, al mes, a los tres meses y a los seis meses de concluida la intervención con el grupo experimental.

Tabla 27. Modelo del diseño de investigación.

Grupos	Asignación	Secuencia de evaluación						
		PRE	TX	POST	S 1 1 mes	TX	S 2 3meses	S 3 6meses
Grupo Experimental	R	O1	TX	O2	O3		O4	O5
Grupo Experimental Demorado	R	O1	----	O2	O3	TX	O4	O5

Nota: R: Asignación al azar; O: Medición a los participantes del grupo; PRE: Pretest; POST: Postest; S: Seguimiento; TX: Tratamiento.

Se evaluaron las habilidades sociales y las variables psicológicas de ansiedad, autoestima y depresión, en los niños y niñas de ambos grupos (Experimental y Experimental Demorado) antes de iniciar la aplicación del Programa de intervención para el desarrollo de las habilidades sociales. Posterior a la pre evaluación, se aplicó el programa de intervención al Grupo Experimental, al término de ésta se aplicó el posttest a todos los participantes independientemente de su condición. Al mes de aplicado el programa de intervención con el Grupo Experimental, se llevó a cabo el seguimiento 1, donde se evaluó a los niños de ambos grupos. Al término de esta evaluación se proporcionó inmediatamente el tratamiento al Grupo Experimental Demorado. Se llevó a cabo el seguimiento 2 a los tres meses de haber aplicado el programa de intervención al Grupo Experimental e inmediatamente después de haberlo aplicado al Grupo Experimental Demorado, evaluando a los participantes de ambos grupos. Se aplicó el seguimiento 3 a los seis meses de haber aplicado el programa de intervención al Grupo Experimental y a los tres meses de haberlo concluido con el Grupo Experimental Demorado, aplicando los instrumentos a ambos grupos.

Participantes

Se seleccionaron a los niños institucionalizados mediante un muestreo no probabilístico e intencional, ya que los menores no tuvieron la misma oportunidad de ser elegidos, la selección de los elementos no dependía de la probabilidad sino de las características de la investigación. Ésta puede ser de conveniencia o a juicio (Hernández, Fernández & Baptista, 2001).

Participaron 36 niños, 18 en el Grupo Experimental (7 niñas y 11 niños) y 18 en el Grupo Experimental Demorado (7 niñas y 11 niños).

Iniciaron el proceso 52 participantes (24 niños y 28 niñas) a quienes se les aplicaron los instrumentos en el pre test. Durante la aplicación del Programa de intervención, 7 de las 28 niñas (las siete del Grupo Experimental Demorado) fueron cambiadas de sección dentro de la institución, por lo que no fue posible evaluarlas y trabajar con ellas posteriormente. Con relación a los varones, uno del Grupo Experimental dejó de ir a la tercera sesión por incompatibilidad de

horarios con citas médicas. De este modo, se trabajó con 44 menores en total, 21 niñas y 23 niños. En la Tabla 28 se aprecia el número de menores que recibió el programa de intervención así como las bajas que se registraron en el transcurso de las evaluaciones.

Tabla 28. Número de menores que participaron en el programa de intervención en los diferentes periodos de evaluación.

Grupo	Participantes					Número de menores con los que se llevaron a cabo los análisis estadísticos
	Pre	post	seg1	seg2	seg3	
Grupo Experimental						
Niños	12	12	10	10	10	11
Niñas	14	14	10	10	10	7
Grupo Experimental Demorado						
Niños	12	11	11	10	10	11
Niñas	14	7	7	5	5	7
Total de participantes	26	26	20	20	18	18
Grupo Experimental Demorado						
Grupo Experimental Demorado	26	18	18	15	15	18

Al iniciar el programa de intervención con el Grupo Experimental Demorado, dos niñas dejaron de pertenecer al grupo debido a que una tenía problemas severos de conducta y la otra menor carecía de habilidades de lecto-escritura; ambas causas interferían con el trabajo grupal. Con ambas niñas se continuó el programa de intervención de forma individual.

Debido a la cantidad de muertes experimentales registradas en ambos grupos, y que la mayoría de éstas eran del Grupo Experimental Demorado, para realizar los análisis estadísticos se igualó a los grupos respecto al género y al puntaje inicial en el pre test. Los análisis estadísticos se llevaron a cabo con los datos de 36 participantes: 18 participantes en el Grupo Experimental (7 niñas y 11 niños) y 18 en el Grupo Experimental Demorado (7 niñas y 11 niños).

Criterios de inclusión

- Estar bajo la custodia de una institución
- Tener entre 8 y 12 años de edad
- Asistir a la escuela
- No estar bajo tratamiento psiquiátrico

Escenario

Aula de usos múltiples o aula de tareas de cada institución. Se trabajó en dos salones, uno tenía una dimensión aproximada de 6 x 6 metros, y otro 10 x 8 metros. Las aulas contaban con iluminación y ventilación adecuadas.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados en el programa de intervención para evaluar habilidades sociales/asertividad, ansiedad, autoestima y depresión fueron descritos en la Fase 1 (pp. 93-98), por lo que sólo se listarán en esta sección.

- Escala de Conducta Asertiva para niños (CABS), (Michelson & Wood, 1982).
- Escala de Ansiedad manifiesta en niños revisada (CMAS-R) (Reynolds & Richmond, 1997).
- Inventario de Autoestima de Coopersmith para Niños (Coopersmith, 1959 en Verduzco et al. 1994).
- Escala de Depresión para Niños (CDS) (Lang & Tisher, 2003).

Procedimiento

Se solicitó permiso por escrito a las autoridades de las dos instituciones con las cuales se trabajó (una de niñas y otra de varones) así como el Consentimiento informado del tutor legal de los menores.

Se les explicó a los niños en qué consistía el Programa de intervención para el desarrollo de las habilidades sociales, las características, las actividades a realizar, el número de sesiones y las habilidades que podrían adquirir como consecuencia de su participación. Se les informó que ésta era voluntaria y que si en algún momento querían dejar de asistir estarían en libertad de hacerlo.

Se aplicaron los instrumentos psicométricos de forma grupal a los niños de ambos grupos de la siguiente manera: el primer día contestaron el instrumento de habilidades sociales/asertividad y de ansiedad, después del primero hubo un periodo de actividades de juegos de media hora para evitar la fatiga o el aburrimiento. En el segundo día se aplicaron los instrumentos de autoestima y depresión, siguiendo la dinámica del día anterior. Los instrumentos fueron aplicados de manera grupal a ambos grupos por la terapeuta y la coterapeuta.

Después de la evaluación inicial, los menores fueron asignados aleatoriamente al Grupo Experimental o Grupo Experimental Demorado. Se escribió el nombre de cada participante en pedazos de papel, se juntaron todos en una bolsa (una bolsa para niños y otra para niñas), se revolvieron y se fueron sacando para formar los grupos, conformándose cuatro subgrupos experimentales y cuatro subgrupos experimentales demorados, cada grupo con 6 ó 7 menores (Ver Tabla 29).

Tabla 29. Número de grupos y de menores que integraron el Grupo Experimental y el Grupo Experimental Demorado.

Grupo	Niños	Niñas
Grupo Experimental	G1 7	G3 7
	G2 6	G4 7
Grupo Experimental Demorado	G5 5	G7 7
	G6 6	G8 7

Al término de la fase de pre evaluación se proporcionó el Programa de intervención para el desarrollo de las habilidades sociales al Grupo Experimental. Al finalizarlo, se aplicó el postest a ambos grupos. A partir de este momento, la aplicación se realizó con los grupos por separado, con el fin de evitar, en la medida de lo posible, el contacto entre ellos.

Al mes de aplicado el programa de intervención con el Grupo Experimental, se llevó a cabo el seguimiento 1, donde se evaluó a los participantes de ambos grupos. Al término de la evaluación del seguimiento 1 se proporcionó inmediatamente el tratamiento al Grupo Experimental Demorado.

Se llevó a cabo el seguimiento 2 a los tres meses de haber aplicado el programa de intervención al Grupo Experimental e inmediatamente de haberlo concluido con el Grupo Experimental Demorado, se evaluó a ambos grupos.

Se aplicó el seguimiento 3 a los seis meses de haber finalizado el programa de intervención al Grupo Experimental y a los tres meses de haberlo completado con el Grupo Experimental Demorado, se evaluó a los participantes de ambos grupos.

Análisis de datos

Los objetivos de este estudio fueron evaluar los efectos de un Programa de intervención para el desarrollo de habilidades sociales en niños institucionalizados a partir de aplicaciones “pre-post”, y evaluar del mantenimiento de sus efectos a través de medidas repetidas (seguimientos al mes, tres y seis meses).

Se analizaron los datos a través de estadística descriptiva y estadística no paramétrica, ya que los datos de las escalas son de tipo ordinal, no presentaron una distribución normal (se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov), y se tuvo menos de 30 participantes por condición. Se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para ver diferencias entre el Grupo Experimental y el Grupo Experimental Demorado en las distintas evaluaciones, y el análisis de medidas repetidas de Friedman para ver diferencias intra grupo en los diferentes momentos de evaluación (pre, post, seg1, seg2 y seg3).

Se presentan los análisis de forma grupal, se compararon los puntajes promedio por grupo de pertenencia en las escalas globales de los instrumentos, se realizó el análisis estadístico de diferencias entre grupos (Grupo Experimental vs. Grupo Experimental Demorado); posteriormente se realizaron análisis intra grupo (pre, post, seguimiento 1, 2 y 3) tanto del Grupo Experimental como del Grupo Experimental Demorado.

Adicionalmente se llevaron a cabo análisis con los puntajes individuales, para observar si los cambios en cada participante fueron clínicamente significativos, considerándose el criterio de Cardiel (1994), que pone como regla los porcentajes de cambio superiores al 20%. Estos análisis se presentan por instrumento en el siguiente orden: habilidades sociales, ansiedad, autoestima y depresión.

RESULTADOS

Para dar cuenta de los cambios en el comportamiento de los participantes en el presente estudio, a continuación se describen los resultados obtenidos por el Grupo Experimental y el Grupo Experimental Demorado en cada uno de los instrumentos aplicados, y en cada momento de evaluación: pretest, posttest, primer, segundo y tercer seguimiento; por último se analiza si los cambios fueron clínicamente significativos. Los datos obtenidos de los instrumentos psicométricos se presentan en el siguiente orden: habilidades sociales, ansiedad, autoestima y depresión.

Habilidades sociales/asertividad

Para evaluar habilidades sociales se aplicó la Escala de Conducta Asertiva para Niños (CABS) de Michelson y Wood (1982) que permite caracterizar el comportamiento del niño como *asertivo* (puntajes entre 27 y 42), *pasivo* (puntajes entre 43 y 50) o *agresivo* (puntajes entre 51 y 135).

La Figura 8 muestra los puntajes promedio obtenidos por los participantes de ambos grupos en todas las evaluaciones aplicadas.

Comparación CABS promedio Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado

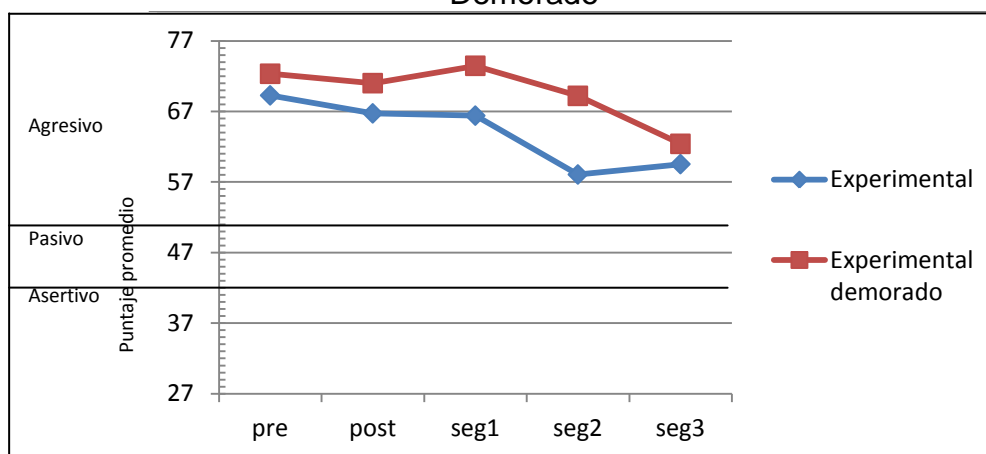


Figura 8. Muestra los puntajes promedio de los grupos Experimental y Experimental Demorado en la escala global del instrumento de habilidades sociales (CABS) obtenidos por los niños en los cinco periodos de evaluación: pre, post, seg1, seg2 y seg3. Los puntajes se observan en una escala donde el mínimo puntaje es 27 y el máximo 135. En la figura se señala hasta el 75 ya que fue 74 la media máxima que alcanzó un grupo. En el lado izquierdo se señala la categoría a la que corresponde el puntaje promedio (asertivo 0-42, pasivo 43-50, y agresivo 51-135 puntos). La escala es de tipo inverso, a menor puntaje mayor habilidad social, a mayor puntaje menor habilidad social.

Resultados de pre evaluación

Al aplicar la primera evaluación, el Grupo Experimental obtuvo una media de 69.27 puntos en la escala general de habilidades sociales, con un rango de puntajes entre 40 y 107. El Grupo Experimental Demorado obtuvo una media de 72.33 puntos con un rango entre 37 y 120. Al aplicar la prueba U de Mann-Whitney para comparar a los grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala global del instrumento de habilidades sociales ($z=.333$, $p=.74$), ni en los factores de la escala (Ver Tabla 30).

Tabla 30. Comparación de medias estadísticas en el pretest de la escala de habilidades sociales. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.

Escala	Grupo	Medias pre	Z	P
Habilidades sociales	Experimental	69,27		
	Experimental Demorado	72,33	-,475	,65
Expresión de sentimientos	Experimental	51,22		,93
	Experimental Demorado	51,61	-,079	
Enojo y culpa	Experimental	18,05	-1,398	,17
	Experimental Demorado	20,72		

Tales datos indican que, en pre evaluación, el Grupo Experimental y el Grupo Experimental Demorado tenían condiciones similares tales como: el mismo número de niños (11) y niñas (7), el mismo número de integrantes con una categorización de *pasivos* (uno por grupo), *agresivos* (16 por grupo) y *asertivos* (uno por grupo). Ambos grupos obtuvieron puntajes medios que la escala utilizada ubica para categorizar un estilo *agresivo* (entre 51 y 135 puntos). Al terminar pre evaluación, se aplicó el programa al Grupo Experimental.

Resultados de post evaluación

Al llevar a cabo la segunda evaluación, el Grupo Experimental obtuvo una media de 66.72 puntos en la escala general de habilidades sociales, con un rango de puntajes entre 41 y 90. El Grupo Experimental Demorado obtuvo una media de 71 puntos con un rango de puntaje entre 51 y 120. Al aplicar la prueba U de Mann-Whitney para comparar a los grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala global del instrumento de habilidades sociales ($z=.333$, $p=.74$) ni en los factores del instrumento (Ver Tabla 31).

Tabla 31. Comparación de medias estadísticas en el postest en la escala de habilidades sociales. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.

Escala	Grupo	post	Z	P
Habilidades sociales	Experimental	66,72	-,333	,74
	Experimental Demorado	71,00		
Expresión de sentimientos	Experimental	48,27	-396	,69
	Experimental Demorado	51,05		
Enojo y culpa	Experimental	18,44	-,860	,40
	Experimental Demorado	19,94		

A pesar de que la post evaluación se aplicó después de llevar a cabo el Programa de intervención para el desarrollo de las habilidades sociales con los participantes del Grupo Experimental, las respuestas de los participantes de ambos grupos continuaron mostrando un patrón caracterizado por agresividad, con pocas habilidades sociales (no asertividad).

Resultados del Seguimiento 1

Transcurrido un mes de que se concluyó con la aplicación del Programa de Intervención para el Desarrollo de Habilidades Sociales, con el Grupo Experimental, se llevó a cabo la evaluación de Seguimiento 1 con ambos grupos. Para este momento, el Grupo Experimental obtuvo una media de 66.40 puntos en la escala general de habilidades sociales, con un rango de puntajes entre 31 y 90. El Grupo Experimental Demorado obtuvo una media de 74.12 puntos con un rango de puntaje entre 48 y 108. Al aplicar la prueba U de Mann-Whitney para comparar a los grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala global del instrumento de habilidades sociales ($z=-1,266$, $p=.21$), ni en los otros factores.

Tabla 32. Comparación de medias estadísticas en el primer seguimiento en la escala de habilidades sociales. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.

Medias		Seg1	Z	P
Grupo				
Habilidades sociales	Experimental	66,40		
	Experimental	74,12	-1,266	,21
	Demorado			
Expresión de sentimientos	Experimental	46,53		,07
	Experimental	53,81	-1,781	
	Demorado			
Enojo y culpa	Experimental	19,86	-,059	,95
	Experimental	20,31		
	Demorado			

Para esta evaluación las respuestas de ambos grupos de participantes continuaron mostrando un patrón caracterizado por agresividad, con pocas habilidades sociales (no asertividad), aunque puede notarse cierta tendencia a la baja en el nivel de agresividad de los participantes del Grupo Experimental (del pre al seguimiento 1 disminuyó 2,87 puntos), así como incremento en el

puntaje del Grupo Experimental Demorado Experimental (1,79 puntos), el cual denota aumento en el patrón de conductas agresivas.

Resultados del Seguimiento 2

Cuando se concluyó el Seguimiento 1 se aplicó el Programa de Intervención para el Desarrollo de Habilidades Sociales con el Grupo Experimental Demorado. La aplicación de la evaluación del Seguimiento 2 se llevó a cabo después de transcurridos tres meses de que se concluyó con la aplicación del Programa con el Grupo Experimental, e inmediatamente después de haberse aplicado el programa al Grupo Experimental Demorado.

Para esta evaluación, el Grupo Experimental en la escala general de habilidades sociales obtuvo una media de 58,06 puntos con un rango de puntajes entre 36 y 79, en tanto que el Grupo Experimental Demorado obtuvo una media de 69,20 con un rango de 38 a 107. Al analizar las medias del Grupo Experimental, se observa que el puntaje de la escala disminuyó 11,21 puntos del pre al segundo seguimiento, lo que significa un porcentaje de 8,30% en el incremento de habilidades sociales, en tanto que el puntaje del Grupo Experimental Demorado disminuyó 3,33 puntos en el mismo periodo; la diferencia de puntaje entre ambos grupos en el segundo seguimiento fue de 11,14 puntos.

La Tabla 33 muestra que los participantes del Grupo Experimental obtuvieron el menor puntaje, cabe recordar que la escala es inversa, a menor puntuación, mayor nivel de habilidad social, ya que la disminución del puntaje indica alejarse del patrón *agresivo* y acercarse al nivel de *asertividad*. Al realizar un análisis para ver diferencias estadísticas entre grupos, se encontró que las medias diferían significativamente en el Factor *Expresión de sentimientos* ($z=-1,972$, $p=.05$), el grupo Experimental obtuvo una media de 41,73 y el Grupo Experimental Demorado un puntaje promedio de 51,66 en este factor, la diferencia de puntaje entre ambos grupos fue de 9,93 puntos, con un porcentaje de 7,40% de incremento en habilidades sociales en el Grupo Experimental.

Tabla 33. Comparación de medias estadísticas en el segundo seguimiento en la escala de habilidades sociales. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.

Medias		Seg 2	Z	P
Grupo				
Habilidades sociales	Experimental	58,06	-1,785	,07
	Experimental	69,20		
	Demorado			
Expresión de sentimientos	Experimental	41,73	-1,972	,05
	Experimental	51,66		
	Demorado			
Enojo y culpa	Experimental	16,33	-,624	,53
	Experimental	17,53		
	Demorado			

Puede notarse un nuevo decremento en el nivel de agresividad de los participantes del Grupo Experimental, así como un leve decremento en el nivel de agresividad del Grupo Experimental Demorado. Para dar cuenta de ello, se procedió a elaborar la Tabla 34, que indica el número de niños de cada grupo que disminuyeron su puntaje, así como la cantidad de puntos disminuidos del pretest al segundo seguimiento en la escala global de habilidades sociales. Como se observa, de los 16 niños del Grupo Experimental que obtuvieron un estilo de conducta agresivo en pre evaluación, 13 disminuyeron su puntaje para el Seguimiento 2, lo que indica mayor grado de habilidades sociales, según la escala: siete participantes disminuyeron su puntaje entre 1 y 9 puntos, cuatro entre 10 y 19 puntos, uno disminuyó de 20 a 29 puntos, y otro más de 50 a 59 puntos. De éstos, el 25% tuvo cambios clínicamente significativos con porcentajes de cambios superiores al 20%.

Tabla 34. Muestra el número de niños de cada grupo que disminuyeron su puntaje (acercándose al estilo asertivo), así como la cantidad de puntos disminuidos del pretest al segundo seguimiento en la escala global de habilidades sociales.

Grupo	Disminución de puntos	HHSS SEG 2	Grupo	Disminución de puntos	HHSS SEG 2
Experimental N=18	Total de niños:	13	Experimental Demorado N=18	Total de niños:	
	de 1 a 9	7		de 1 a 9	10
	de 10 a 19	4		de 10 a 19	4
	de 20 a 29	1		de 20 a 29	3
	de 30 a 39			de 30 a 39	
	de 40 a 49			de 40 a 49	2
	de 50 a 59	1		de 50 a 59	1

En el Grupo Experimental Demorado se observó una disminución en los puntajes de diez niños: cuatro de ellos disminuyeron entre 1 y 9 puntos, tres entre 10 y 19, dos entre 30 y 39 puntos y uno bajó de 40 a 49 puntos. De éstos, el 25% tuvo cambios clínicamente significativos con porcentajes de cambios superiores al 20%.

Resultados del Seguimiento 3

Este momento de evaluación se llevó a cabo a los seis de meses de haber concluido la aplicación del programa con el Grupo Experimental y a los tres meses de haberlo concluido con el Grupo Experimental Demorado. El primer grupo obtuvo una media de 59,53 con un rango de respuesta de 32-88, el Grupo Experimental Demorado obtuvo una media de 62,40 con un rango de 36-85.

Al analizar las medias del Grupo Experimental, se observa que el puntaje de la escala disminuyó 9,74 puntos del pre al tercer seguimiento (porcentaje de

cambio de 7,21); el puntaje del Grupo Experimental Demorado disminuyó 9,93 puntos en el mismo periodo; la diferencia de puntaje entre ambos grupos en el tercer seguimiento fue de 2,87 puntos. Al comparar las diferencias entre el Grupo Experimental y el Grupo Experimental Demorado no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala global de habilidades sociales ($z=-623$, $p=.53$) ni en alguno de los factores del instrumento (Ver Tabla 35).

Tabla 35. Comparación de medias estadísticas en el tercer seguimiento en la escala de habilidades sociales. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.

Medias		Seg1	z	p
Grupo				
Habilidades sociales	Experimental	59,53	-,623	,53
	Experimental Demorado	62,40		
Expresión de sentimientos	Experimental	41,93	-,436	,68
	Experimental Demorado	44,00		
Enojo y culpa	Experimental	17,53	-1,185	,25
	Experimental Demorado	19,66		

Para dar cuenta de los resultados al final del estudio, se procedió a elaborar la Tabla 36, que indica el número de niños de cada grupo que disminuyeron su puntaje así como la cantidad de puntos disminuidos, del pretest al tercer seguimiento, en la escala global de habilidades sociales. Cabe recordar que la disminución del puntaje indica alejarse del patrón *agresivo* y mostrar mayores niveles de habilidades sociales.

Tabla 36. Muestra el número de niños de cada grupo que disminuyeron su puntaje (acercándose al estilo asertivo), así como la cantidad de puntos disminuidos del pretest al tercer seguimiento en la escala global de habilidades sociales.

Grupo	Disminución de puntos		SEG 3	Grupo	Disminución de puntos		SEG 3
Grupo Experimental	Total	de	11	Experimental Demorado	Total	de	9
	niños:				niños:		
	de 1 a 9		4		de 1 a 9		
	de 10 a 19		4		de 10 a 19		6
N=18	de 20 a 29		1	N=18	de 20 a 29		1
	de 30 a 39		1		de 30 a 39		
	de 40 a 49		1		de 40 a 49		1
	de 50 a 59				de 50 a 59		1

La tabla indica que de los 16 niños del Grupo Experimental que obtuvieron un estilo de conducta agresivo en pre evaluación, 11 niños disminuyeron su puntaje para el Seguimiento 3, lo cual indica más habilidades sociales, según la escala: cuatro participantes disminuyeron su puntaje entre 1 y 9 puntos, cuatro entre 10 y 19 puntos, uno disminuyó de 20 a 29 puntos, otro de 30 a 39 puntos y otro más de 40 a 49 puntos. En el Grupo Experimental Demorado se observó una disminución en los puntajes de nueve niños: seis de ellos disminuyeron entre 10 y 19 puntos, uno entre 20 y 29, otro entre 40 y 49 puntos y otro bajó de 50 a 59 puntos. De los niños del Grupo Experimental que disminuyeron su puntaje, se observaron cambios clínicamente significativos en el 37,5% de ellos, quienes obtuvieron disminuciones entre 29 y 49 puntos, lo cual implica un porcentaje de cambio arriba del 20%. En los niños del Grupo Experimental Demorado, también se observaron cambios clínicamente significativos en el 37,5% de ellos.

El Anexo 1 permite ubicar el desempeño de cada participante del Grupo Experimental, así como aquellos que mostraron diferencias clínicamente

significativas en habilidades sociales (participantes con números 1, 2, 11, 16, 17 y 18, ver Anexo 1). El Anexo 2 permite ubicar el desempeño de cada participante del Grupo Experimental Demorado, así como aquellos que mostraron diferencias clínicamente significativas en habilidades sociales (participantes con números 19, 20, 25, 26, 29 y 35, ver Anexo 2).

Después de seis de meses de haber concluido la aplicación del programa con el Grupo Experimental y a los tres meses de haberlo concluido con el Grupo Experimental Demorado, se observó que las diferencias de puntaje entre grupos, que se observaron en el seguimiento 2, disminuyeron notablemente. En dicho seguimiento se había observado que el Grupo Experimental obtuvo una disminución en su puntaje de agresividad, lo cual indicó mayor habilidad social (tres meses después de que recibiera el entrenamiento). Lo mismo ocurrió con el Grupo Experimental Demorado, pero hasta el tercer seguimiento, es decir, después de tres meses de haber recibido el programa.

Análisis de medidas repetidas (pre-seg3). Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado.

Se compararon los puntajes promedio de cada una de las evaluaciones: pre test, pos test, seguimiento 1, seguimiento 2 y seguimiento 3, tanto del Grupo Experimental como del Grupo Experimental Demorado, para conocer si hubo cambios y si éstos se mantuvieron a través del tiempo en la escala global del instrumento de habilidades sociales o en alguno de sus factores. Al comparar los puntajes del Grupo Experimental, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala global de habilidades sociales/asertividad ($p=.00$) y en el factor Expresión de sentimientos ($p=.00$) (ver Tabla 37).

Tabla 37. Análisis de medidas repetidas de Friedman.
Habilidades sociales. Grupo Experimental (pre-seg 3).

Grupo Experimental	N	Chi cuadrado	gl	Sig.
Habilidades sociales/asertividad	15	20,674	4	,00
Expresión de sentimientos positivos y negativos	15	13,583	4	,00
Enojo y culpas	15	6,048	4	,19

El puntaje de la escala general de habilidades sociales del Grupo Experimental disminuyó 9,74 puntos del pre test (69,27) al tercer seguimiento (59,53), lo que implica alejarse del patrón *agresivo* y mayor habilidad social. Respecto al factor Expresión de sentimientos positivos y negativos el puntaje redujo 9.29 puntos, en pre evaluación el grupo obtuvo un puntaje de 51.22, hasta descender a 41.93 puntos en el tercer seguimiento. El porcentaje de cambio fue de 7,21% en la escala global de habilidades, y de 8.44% en el factor Expresión de sentimientos del pre test al tercer seguimiento.

Con relación al Grupo Experimental Demorado se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=.03$) en el factor Expresión de sentimientos positivos y negativos (Ver Tabla 38). El puntaje promedio disminuyó 7,61 puntos; al comparar las medias, se observa que fue en el tercer seguimiento ($X=44$) después de que el grupo había recibido el programa, que el puntaje comenzó a descender, alejándose del patrón *agresivo*. El porcentaje de cambio fue de 6,91 % en el factor Expresión de sentimientos, del pre test al tercer seguimiento.

Tabla 38. Análisis de medidas repetidas de Friedman. Habilidades sociales. Grupo Experimental Demorado (pre-seg 3).

Grupo Experimental Demorado	N	Chi cuadrado	gl	Sig.
Habilidades sociales	15	6,808	4	,14
Expresión de sentimientos	15	10,441	4	,03
Enojo y culpa	15	5,519	4	,23

Al comparar los puntajes promedio del Grupo Experimental en los diversos periodos de evaluación, se observa que si bien después de recibir la intervención, el puntaje comienza a tener una tendencia a disminuir, es hasta el segundo seguimiento que el grupo tiene un decremento notable, es decir, tres meses después de haber recibido el programa y no de manera inmediata. Lo mismo ocurre con el Grupo Experimental Demorado, se observa una disminución significativa en el puntaje después de tres meses de haber recibido el programa, es decir, en el tercer seguimiento.

A continuación se reportan los resultados obtenidos por el Grupo Experimental y el Grupo Experimental Demorado en la escala de ansiedad.

Ansiedad.

Como ya se señaló en la sección de Instrumentos, para evaluar la ansiedad se aplicó la Escala de ansiedad manifiesta en niños (revisada) CMAS-R de Reynolds y Richmond (1997) que permite caracterizar el nivel de ansiedad del niño como *normal* (puntajes entre 0 y 12) o *ansiedad alta* (puntajes entre 13 y 28). La Figura 9 muestra los puntajes promedio obtenidos por los participantes de ambos grupos en todas las evaluaciones aplicadas.

Comparación del puntaje promedio de ansiedad. Grupo Experimental y Experimental Demorado

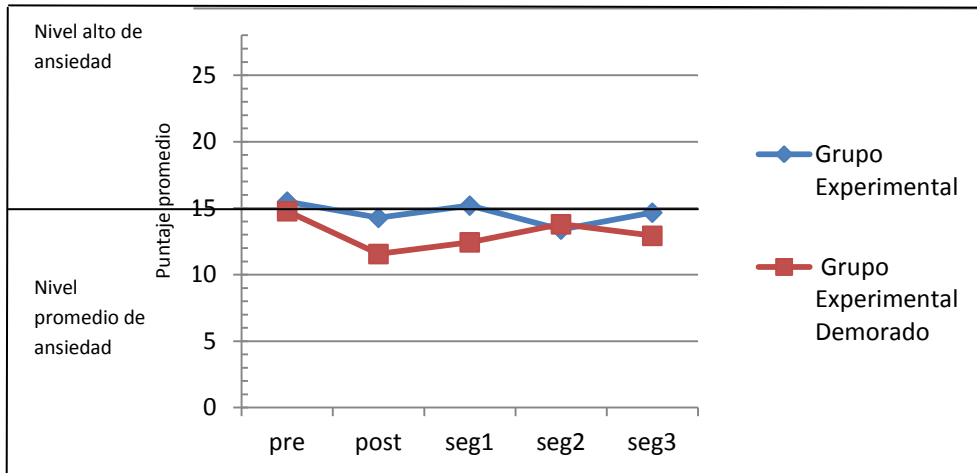


Figura 9. Muestra los puntajes promedio de la Escala de ansiedad CMAS-R obtenidos por los niños del grupo Experimental y Experimental Demorado en los cinco periodos de evaluación: pre, post, seg1, seg2 y seg3. Los puntajes se observan en una escala donde el máximo puntaje es 28. La escala tiene un puntaje directo, a mayor puntuación mayor ansiedad. Se considera que debajo de 13 puntos se tiene un nivel promedio de ansiedad y arriba de ese puntaje nivel alto de ansiedad.

Resultados de pre evaluación

Al aplicar la primera evaluación, el Grupo Experimental obtuvo una media de 15,50 puntos en la escala de Ansiedad total, con un rango de puntajes entre 5 y 28. El Grupo Experimental Demorado obtuvo una media de 14,78 puntos con un rango de puntaje entre 5 a 27. Al aplicar la prueba U de Mann-Whitney para comparar a los grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala de Ansiedad total ($z=-,349$, $p=,74$); al analizar las subescalas, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en Ansiedad fisiológica ($z=-2,104$, $p=,03$). El Grupo Experimental obtuvo una media de 3,94 puntos con un rango de puntaje entre 1 y 10, el Grupo Experimental Demorado obtuvo una media de 4,77 con un rango de puntaje del 2 al 10 (Ver Tabla 39).

Tabla 39. Comparación de medias estadísticas en el pretest de la escala de Ansiedad. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.

Escala	Grupo	Medias pre	z	p
Ansiedad Total	Experimental	15,50	-,349	,74
	Experimental Demorado	14,77		
Ansiedad Fisiológica	Experimental	5,83	-2,104	,03
	Experimental Demorado	5,35		
Preocupación Social	Experimental	3,11	-1,432	,15
	Experimental Demorado	4,11		
Inquietud /hipersensibilidad	Experimental	6,55	-,623	,533
	Experimental Demorado	6,16		
Mentira	Experimental	3,94	-1,519	,12
	Experimental Demorado	4,77		

Tales datos indican que, en pre evaluación, el Grupo Experimental y el Grupo Experimental Demorado tenían condiciones similares tales como: casi el mismo número de integrantes con un *alto nivel de ansiedad* (12 ó 13 por grupo), y nivel de ansiedad *promedio* (6 ó 5 por grupo). Ambos grupos obtuvieron puntajes medios que la escala utilizada ubica para categorizar *alto nivel de ansiedad* (entre 13 y 28 puntos). Las diferencias entre grupos no fueron significativas, a excepción de la subescala de Ansiedad fisiológica.

Resultados de post evaluación

Al llevar a cabo la segunda evaluación, el Grupo Experimental obtuvo una media de 14,28 puntos en la escala de Ansiedad total, con un rango de puntajes entre 4 y 25. El Grupo Experimental Demorado obtuvo una media de 11,56 puntos, con un rango de puntaje entre 2 y 18. Al aplicar la prueba U de Mann-Whitney para comparar a los grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala total del instrumento de ansiedad ($z=-1,476$, $p=,14$) ni en las subescalas del instrumento.

En post evaluación se observa en ambos grupos una tendencia en la disminución de síntomas ansiosos, en particular en el Grupo Experimental Demorado (Ver Tabla 40).

Tabla 40. Comparación de medias estadísticas en el postest en la escala de Ansiedad total. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.

Escala	Grupo	Medias post	z	P
Ansiedad Total	Experimental	14,27	-1,476	,14
	Experimental Demorado	11,55		
Ansiedad Fisiológica	Experimental	5,39	-,753	,45
	Experimental Demorado	3,44		
Preocupación Social	Experimental	2,61	-,129	,89
	Experimental Demorado	2,72		
Inquietud /hipersensibilidad	Experimental	6,27	-,753	,45
	Experimental Demorado	5,38		
Mentira	Experimental	4,00	-,210	,83
	Experimental Demorado	3,72		

Resultados del Seguimiento 1

Transcurrido un mes de que se concluyó con la aplicación del Programa de Intervención para el Desarrollo de Habilidades Sociales con el Grupo Experimental, se llevó a cabo la evaluación del Seguimiento 1 con ambos grupos. Para este momento, el Grupo Experimental obtuvo una media de 15,20 puntos en la escala de Ansiedad total, con un rango de puntajes entre 3 y 24. El Grupo Experimental Demorado obtuvo una media de 12,43 puntos con un rango de puntaje entre 2 y 19. Al aplicar la prueba U de Mann-Whitney para comparar a los grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala total del instrumento de Ansiedad ($z=-1,666$, $p=,10$) ni en alguna de las subescalas de la misma (Ver Tabla 41).

Tabla 41. Comparación de medias estadísticas en el primer seguimiento en la escala de Ansiedad total. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.

Escala	Grupo	Medias seg1	z	p
Ansiedad Total	Experimental	15,20	-1,666	,10
	Experimental Demorado	12,43		
Ansiedad Fisiológica	Experimental	5,47	-,897	,37
	Experimental Demorado	4,69		
Preocupación Social	Experimental	3,06	-,181	,85
	Experimental Demorado	2,81		
Inquietud /hipersensibilidad	Experimental	6,40	-1,078	,281
	Experimental Demorado	5,50		
Mentira	Experimental	3,46	,000	1,00
	Experimental Demorado	3,37		

Después de la evaluación del primer seguimiento, se observa una tendencia al aumento de síntomas ansiosos en ambos grupos. Se aplicó el Programa de intervención para el desarrollo de las habilidades sociales a los participantes del Grupo Experimental Demorado.

Resultados del Seguimiento 2

La aplicación de la evaluación de Seguimiento 2 se llevó a cabo después de transcurridos tres meses de que se concluyó con la aplicación del Programa con el Grupo Experimental, e inmediatamente después de haberse aplicado el programa al Grupo Experimental Demorado.

Para esta evaluación, el Grupo Experimental obtuvo una media de 13,40 puntos con un rango de puntajes entre 4 y 24, en tanto que el Grupo

Experimental Demorado obtuvo una media de 13,80 con un rango de 3 a 27. Al aplicar la prueba U de Mann-Whitney para comparar a los grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala total del instrumento de ansiedad ($z=-,083$, $p=.93$) ni en las subescalas del instrumento (Ver Tabla 42).

Tabla 42. Comparación de medias estadísticas en el segundo seguimiento en la escala de Ansiedad total. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.

Escala	Grupo	Medias seg2	Z	p
Ansiedad Total	Experimental	13,40	-,083	,93
	Experimental Demorado	13,80		
Ansiedad Fisiológica	Experimental	4,87	-,608	,54
	Experimental Demorado	4,53		
Preocupación Social	Experimental	2,20	-,085	,93
	Experimental Demorado	2,40		
Inquietud/hipersensibilidad	Experimental	6,33	-,042	,96
	Experimental Demorado	6,40		
Mentira	Experimental	3,13	-,084	,93
	Experimental Demorado	3,66		

Para esta evaluación las respuestas de ambos grupos de participantes mostraron un *alto nivel de ansiedad*, aunque puede notarse un nuevo decremento en el nivel de ansiedad de los participantes del Grupo Experimental; asimismo se observó un incremento en el puntaje del Grupo Experimental Demorado.

Resultados del Seguimiento 3

Este momento de evaluación se llevó a cabo a los seis de meses de haber concluido la aplicación del programa con el Grupo Experimental y a los tres meses de haberlo concluido con el Grupo Experimental Demorado. El primer grupo obtuvo una media de 14,67 con un rango de respuesta de 5-24, el

Demorado obtuvo una media de 12,93 con un rango de 5-26. Al comparar a los grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala global de Ansiedad total ($z=-,935$, $p=.36$) ni en alguna de las subescalas del instrumento (Ver Tabla 43).

Tabla 43. Comparación de medias estadísticas en el tercer seguimiento en la escala de Ansiedad total. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.

Escala	Grupo	Medias seg3	z	p
Ansiedad Total	Experimental	14,67	-,935	,36
	Experimental Demorado	12,93		
Ansiedad Fisiológica	Experimental	5,47	-1,173	,24
	Experimental Demorado	4,53		
Preocupación Social	Experimental	2,53	-,233	,81
	Experimental Demorado	2,80		
Inquietud/hipersensibilidad	Experimental	6,67	-1,210	,226
	Experimental Demorado	5,47		
Mentira	Experimental	2,60	-1,371	,170
	Experimental Demorado	3,80		

Para esta evaluación las respuestas de los participantes del Grupo Experimental continuaron mostrando un *nivel alto* de ansiedad, aunque puede notarse un decremento en el nivel de ansiedad de los participantes del Grupo Experimental Demorado, sin que estas diferencias sean significativas.

Análisis de medidas repetidas (pre-seg3). Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado.

Se compararon los puntajes promedio de cada una de las evaluaciones, tanto del Grupo Experimental como del Experimental Demorado, para conocer si hubo cambios, y si éstos se mantuvieron a través del tiempo en la escala global

del instrumento de ansiedad o en alguna de sus subescalas. Al comparar los puntajes del Grupo Experimental, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la subescala de Mentira ($p=.03$) (ver Tabla 44).

Tabla 44. Análisis de medidas repetidas de Friedman.

Ansiedad Grupo Experimental (pre-seg. 3).

Grupo Experimental	N	Chi cuadrado	gl	Sig.
Ansiedad Total	15	4,085	4	,39
Ansiedad Fisiológica	15	1,750	4	,78
Inquietud	15	2,022	4	,73
Hipersensibilidad				
Preocupación Social	15	4,584	4	,33
Mentira	15	8,400	4	,03

El puntaje de las medias de la subescala Mentira del Grupo Experimental disminuyó del pretest (3,94) al tercer seguimiento (2,60) que refiere a la necesidad del niño de dar una mejor imagen de sí mismo o a tratar de aparentar ser mejor de lo que en realidad piensa que es. A pesar de que no se encontraron diferencias significativas entre el pre y tercer seguimiento en la escala de Ansiedad total, se encontraron una reducción clínicamente significativa en el 16.66% de los participantes del Grupo Experimental (participantes con números 1,6 y 12, ver anexo 3).

Con relación al Grupo Experimental Demorado no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala de Ansiedad total ni en las subescalas del instrumento (Ver Tabla 45). Al realizar análisis individuales, se encontró que el 27,7% de los menores experimentaron una reducción clínicamente significativa (participantes con números 20, 23, 26, 28, 39, ver anexo 4).

Tabla 45. Análisis de medidas repetidas de Friedman. Ansiedad Grupo Experimental Demorado (pre-seg. 3).

Grupo Demorado	Experimental	N	Chi cuadrado	gl	Sig.
Ansiedad Total		15	6,292	4	,178
Ansiedad Fisiológica		15	6,397	4	,171
Inquietud Hipersensibilidad		15	4,458	4	,347
Preocupación Social		15	7,445	4	,114
Mentira		15	4,669	4	,198

El nivel general de ansiedad de ambos grupos no mostró cambios importantes a través del tiempo, pero se encontraron cambios clínicos en algunos participantes. A continuación se reportan los resultados obtenidos por el Grupo Experimental y el Grupo Experimental Demorado en la escala de autoestima.

Autoestima

Como ya se señaló en la sección de Instrumentos, para evaluar la autoestima se aplicó el Inventario de Autoestima de Coopersmith para Niños (Coopersmith, 1959 en Verduzco et al. 1994) que permite caracterizar esta variable por niveles: *autoestima inferior* (puntajes entre 0 y 57), *autoestima normal* (puntajes entre 58 y 81) y *autoestima superior* (puntajes entre 82 y 92).

La Figura 10 muestra los puntajes promedio obtenidos por los participantes de ambos grupos en todas las evaluaciones aplicadas.

Comparación puntaje promedio de autoestima. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado

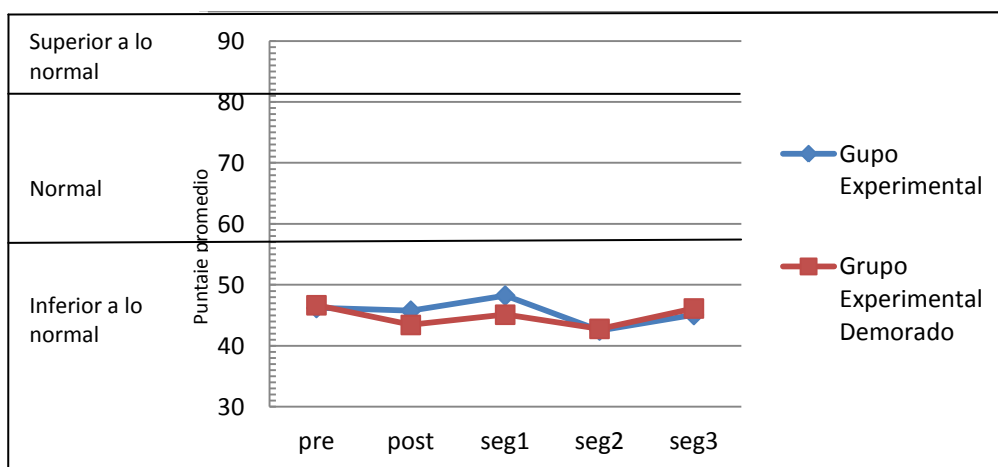


Figura 10.- Muestra los puntajes promedio del Inventario de Autoestima Coopersmith obtenidos por los niños de los grupos Experimental y Experimental Demorado en los cinco periodos de evaluación: pre, post, seg1, seg2 y seg3. Los puntajes se observan en una escala donde el máximo puntaje es 92. La escala tiene un puntaje directo, a mayor puntuación mayor autoestima (0-57: inferior a lo normal, 58-81: normal y 82-92: superior a lo normal).

Resultados de pre evaluación

Al aplicar la primera evaluación, el Grupo Experimental obtuvo una media de 46,22 puntos en la escala de Autoestima total, con un rango de puntajes entre 32 y 62. El Grupo Experimental Demorado obtuvo una media de 46,66 puntos con un rango de puntaje entre 30 y 70. Al aplicar la prueba U de Mann-Whitney para comparar a los grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala de Autoestima total ($z=-,032$, $p=.97$), ni en alguna de las subescalas del inventario (Ver Tabla 46).

Tabla 46. Comparación de medias estadísticas en el pretest de la escala de Autoestima. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.

Escalas	Grupo	Medias pre	z	p
Autoestima Total	Experimental	46,22	-,032	,97
	Experimental Demorado	46,66		
Self	Experimental	11,83	-,886	,37
	Experimental Demorado	11,11		
Ambiente Social	Experimental	3,11	-,918	,35
	Experimental Demorado	3,50		
Hogar	Experimental	4,66	-1,029	,30
	Experimental Demorado	4,77		
Escuela	Experimental	3,50	-,457	,64
	Experimental Demorado	3,94		
Mentira	Experimental	3,77	-1,426	,15
	Experimental Demorado	4,38		

Tales datos indican que, en pre evaluación, el Grupo Experimental y el Grupo Experimental Demorado tenían condiciones similares tales como: casi el mismo número de integrantes con un nivel de *autoestima inferior* (15 ó 16 por grupo), y nivel de *autoestima normal* (3 ó 2 por grupo). Ambos grupos obtuvieron puntajes medios que el inventario utilizado ubica para categorizar un nivel de *autoestima inferior* a lo normal (entre 0 y 57 puntos).

Resultados de post evaluación

Al llevar a cabo la segunda evaluación, el Grupo Experimental obtuvo una media de 45,77 puntos en la escala de Autoestima total, con un rango de puntajes entre 30 y 62. El Grupo Experimental Demorado obtuvo una media de 43,44 puntos con un rango de puntaje entre 28 y 58. Al aplicar la prueba U de Mann-Whitney para comparar a los grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala total de autoestima ($z=-.699$, $p=.48$) ni en las subescalas del inventario (Ver Tabla 47).

Tabla 47. Comparación de medias estadísticas en el postest de la escala de Autoestima. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.

Escala y subesc	Grupo	Medias post	z	p
Autoestima total	Experimental	45,77	-,699	,48
	Experimental Demorado	43,44		
Self	Experimental	11,16	-,112	,91
	Experimental Demorado	11,11		
Ambiente social	Experimental	3,72	-1,845	,06
	Experimental Demorado	3,05		
Hogar	Experimental	3,94	-1,854	,06
	Experimental Demorado	4,50		
Escuela	Experimental	4,05	-1,331	,18
	Experimental Demorado	3,05		
Mentira	Experimental	4,05	-,394	,69
	Experimental Demorado	4,16		

En post evaluación, después de aplicar el Programa de intervención para el desarrollo de las habilidades sociales con los participantes del Grupo Experimental, se observa en ambos grupos un nivel de *autoestima inferior* a lo normal, con una tendencia a la baja en el puntaje promedio.

Resultados del Seguimiento 1

Para este momento, el Grupo Experimental obtuvo una media de 48,26 puntos en la escala de Autoestima total, con un rango de puntajes entre 30 y 66. El Grupo Experimental Demorado obtuvo una media de 45,12 puntos con un rango de puntaje entre 28 y 64. Al aplicar la prueba U de Mann-Whitney para comparar a los grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala de Autoestima total ($z=-,995$, $p=.32$) ni en alguna de las subescalas (Ver Tabla 48).

Tabla 48. Comparación de medias estadísticas en el primer seguimiento de la escala de Autoestima. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.

Escalas	Grupo	Medias seg1	z	p
Autoestima	Experimental	48,26	-,995	,32
	Experimental Demorado	45,12		
Self	Experimental	12,40	-1,511	,13
	Experimental Demorado	10,81		
Ambiente	Experimental	3,73	-,124	,90
	Experimental Demorado	3,75		
Social	Experimental	4,46	-,081	,93
	Experimental Demorado	4,31		
Escuela	Experimental	3,53	-,365	,71
	Experimental Demorado	3,68		
Mentira	Experimental	4,73	-1,167	,24
	Experimental Demorado	4,18		

Se sigue observando en ambos grupos un nivel de *autoestima inferior* a lo normal, asimismo se observó una tendencia al incremento en el puntaje de autoestima en ambos grupos.

Resultados del Seguimiento 2

Cuando se concluyó el Seguimiento 1 se aplicó el Programa de Intervención para el Desarrollo de Habilidades Sociales con el Grupo Experimental Demorado. La aplicación de la evaluación de Seguimiento 2 se llevó a cabo después de transcurridos tres meses de que se concluyó con la aplicación del Programa con el Grupo Experimental, e inmediatamente después de haberse aplicado el programa al Grupo Experimental Demorado.

Para esta evaluación, el Grupo Experimental obtuvo una media de 42,53 puntos con un rango de puntajes entre 30 y 56, en tanto que el Grupo Experimental Demorado obtuvo una media de 42,80 con un rango de 34 a 54.

Al aplicar la prueba U de Mann-Whitney para comparar a los grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala total del inventario de autoestima ($z=-1,88$, $p=.85$) ni en las subescalas del instrumento (Ver Tabla 49). Las respuestas de ambos grupos de participantes continuaron mostrando un nivel de autoestima *inferior a lo normal*, con un patrón caracterizado por concepciones negativas sobre sí mismos.

Tabla 49. Comparación de medias estadísticas en el segundo seguimiento de la escala de Autoestima. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.

Escalas	Grupo	Medias seg2	z	p
Autoestima Total	Experimental	42,53	-,188	,85
	Experimental Demorado	42,80		
Self	Experimental	9,66	-,691	,49
	Experimental Demorado	10,60		
Ambiente Social	Experimental	3,53	-1,199	,23
	Experimental Demorado	3,00		
Hogar	Experimental	4,60	-,193	,84
	Experimental Demorado	4,60		
Escuela	Experimental	3,46	-,088	,93
	Experimental Demorado	3,20		
Mentira	Experimental	4,06	-,417	,67
	Experimental Demorado	4,00		

Resultados del Seguimiento 3

Este momento de evaluación se llevó a cabo a los seis de meses de haber concluido la aplicación del programa con el Grupo Experimental y a los tres meses de haberlo concluido con el Grupo Experimental Demorado. El primer grupo obtuvo una media de 45,06 con un rango de puntaje entre 30 y 62, el Grupo Experimental Demorado obtuvo una media de 46,14 con un rango de 36 a 60. Al comparar los datos del Grupo Experimental con el Experimental Demorado no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la

escala de Autoestima total ($z=-2,19$, $p=.82$) ni en alguna de las subescalas del inventario (Ver Tabla 50).

Tabla 50. Comparación de medias estadísticas en el tercer seguimiento de la escala de Autoestima. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.

Escalas	Grupo	Medias seg3	z	p
Autoestima Total	Experimental	45,06	-,219	,82
	Experimental Demorado	46,14		
Self	Experimental	10,86	-,308	,75
	Experimental Demorado	11,14		
Ambiente Social	Experimental	4,00	-	,19
	Experimental Demorado	3,50		
Hogar	Experimental	4,60	-	,20
	Experimental Demorado	4,60		
Escuela	Experimental	3,06	-,088	,93
	Experimental Demorado	3,85		
Mentira	Experimental	4,60	-,112	,91
	Experimental Demorado	4,42		

Para esta evaluación las respuestas de los participantes de ambos continuaron mostrando un nivel de autoestima *inferior a lo normal*.

Análisis de medidas repetidas (pre-seg3). Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado.

Se compararon los puntajes promedio de cada una de las evaluaciones: pretest, posttest, seguimiento 1, seguimiento 2 y seguimiento 3, tanto del Grupo Experimental como del Experimental Demorado, para conocer si hubo cambios, y si éstos se mantuvieron a través del tiempo en la escala total del inventario de autoestima o en alguna de sus subescalas. Al comparar los puntajes del Grupo Experimental, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la subescala Self ($p=,00$) y en la de Ambiente social ($p=,05$) (ver Tabla 51).

Tabla 51. Análisis de medidas repetidas de Friedman. Autoestima Grupo Experimental (pre-seg 3).

Grupo	N	Chi	gl	Sig.
Experimental		cuadrado		
Autoestima	15	8,438	4	,07
Self	15	15,502	4	,00
Ambiente social	15	9,352	4	,05
Escuela	15	6,902	4	,14
Hogar	15	4,465	4	,34
Mentira	15	6,451	4	,16

Al analizar las medias del grupo, se observó un aumento en el puntaje promedio de la subescala Ambiente social, aumentó del pretest (3.11) al tercer seguimiento (4), aumento que resultó estadísticamente significativo. Respecto a la subescala Self, el puntaje promedio disminuyó del pretest (11,83) al tercer seguimiento (10,86).

Con relación al Grupo Experimental Demorado no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala de Autoestima total ni en alguna de las subescalas del inventario (Ver Tabla 52).

Tabla 52. Análisis de medidas repetidas de Friedman. Autoestima Grupo Experimental Demorado (pre-seg 3).

Grupo	N	Chi	gl	Sig.
Experimental		cuadrado		
Autoestima	15	3,218	4	,52
Self	15	,740	4	,94
Ambiente social	15	3,004	4	,55
Escuela	15	4,052	4	,39
Hogar	15	6,381	4	,17
Mentira	15	1,862	4	,76

Depresión

Para evaluar esta variable se aplicó el instrumento denominado Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (2003), que permite caracterizar el nivel de depresión del niño como *síntomas depresivos promedio* (puntajes entre 4 y 7), y *depresión clínica* (puntajes del 1 al 3, y del 8 al 12). El instrumento está formado por una escala Total Depresivo y otra escala Total Positivo. La Figura 11 muestra los puntajes promedio obtenidos por los niños de los grupos Experimental y Experimental Demorado en la escala Total Depresivo, en todas las evaluaciones aplicadas.

Comparación del puntaje promedio de la escala Total Depresivo. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado.

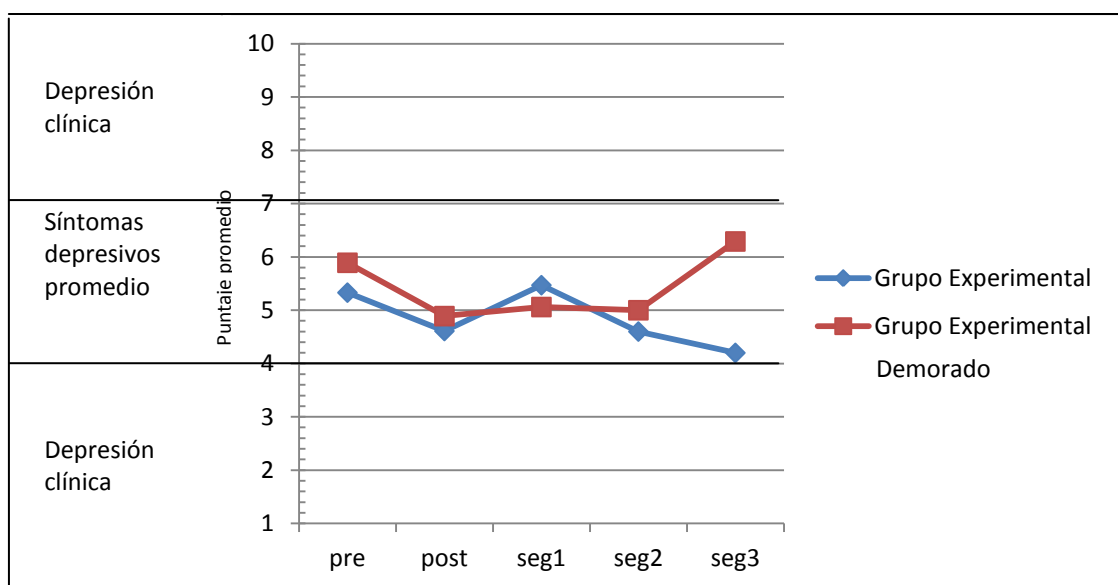


Figura 11. Muestra el puntaje promedio de la escala Total Depresivo (CDS) obtenido por los niños del Grupo Experimental y Experimental Demorado, en los cinco periodos de evaluación: pre, post, seg1, seg2 y seg3. Los puntajes se observan en una escala de 10 puntos. En los decatipos centrales 4, 5, 6 y 7 se considera el grupo promedio; el 2-3 y 8-9 indican desviación de la media, y los decatipos 1 y 10 son valores extremos. Los puntajes fuera de los decatipos centrales se consideran clínicamente relevantes (*depresión clínica*).

La Figura 12 muestra los puntajes promedio obtenidos por los niños de los grupos Experimental y Experimental Demorado en la escala Total Positivo, en todas las evaluaciones aplicadas.

Comparación del puntaje promedio de la escala Total Positivo. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado.

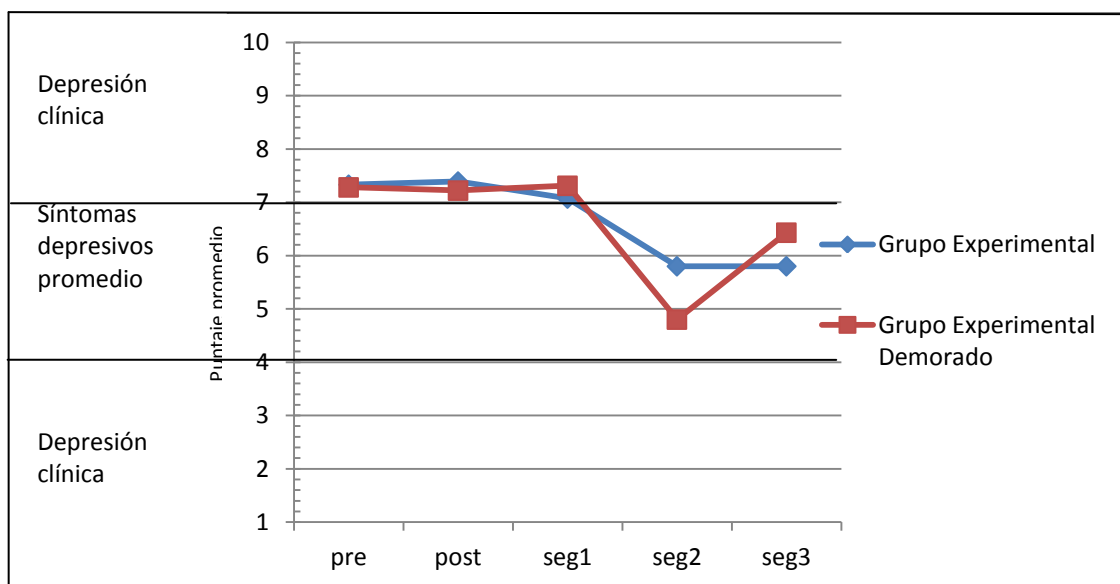


Figura 12. Muestra el puntaje promedio de la escala Total Positivo (CDS) obtenido por los niños del Grupo Experimental y Experimental Demorado, en los cinco periodos de evaluación: pre, post, seg1, seg2 y seg3. Los puntajes se observan en una escala de 10 puntos. En los decatipos centrales 4, 5, 6 y 7 se considera el grupo promedio; el 2-3 y 8-9 indican una gran desviación de la media, y los decatipos 1 y 10 son valores extremos. Los puntajes fuera de los decatipos centrales se consideran clínicamente relevantes (*depresión clínica*).

Resultados de pre evaluación

Al aplicar la primera evaluación, se evaluaron las diferencias en las dos escalas del instrumento: Total Depresivo y Total Positivo. En la primera escala, el Grupo Experimental obtuvo un puntaje promedio de 5,33 de puntos, con un rango de puntajes entre 2 y 10; el Grupo Experimental Demorado obtuvo una media de 5,89 puntos con un rango entre 1 y 10. En la escala Total Positivo, el Grupo Experimental obtuvo un puntaje promedio de 7,33 de puntos, con un rango de puntajes entre 3 y 10; el Grupo Experimental Demorado obtuvo una

media de 7,28 puntos con un rango entre 3 y 10. Al aplicar la prueba U de Mann-Whitney para comparar a los grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las dos escalas del instrumento, ni en alguna de las subescalas (Ver Tabla 53).

Tabla 53. Comparación de medias estadísticas en el pretest en la Escala de Depresión para niños. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.

Escalas y subescalas	Grupo	Medias pre	Z	P
Total Depresivo	Experimental	5,33	-,701	,48
	Experimental Demorado	5,89		
Respuesta Afectiva	Experimental	6,17	-1,134	,25
	Experimental Demorado	6,83		
Problemas Sociales	Experimental	5,78	-,271	,78
	Experimental Demorado	5,94		
Autoestima	Experimental	5,17	-1,131	,25
	Experimental Demorado	6,11		
Preocupación Muerte /Salud	Experimental	5,78	-,785	,43
	Experimental Demorado	6,28		
Total Positivo	Experimental	7,33	-,240	,81
	Experimental Demorado	7,28		
Animo-Alegría	Experimental	7,06	-,575	,56
	Experimental Demorado	6,78		
Positivos Varios	Experimental	6,78	-,097	,92
	Experimental Demorado	6,33		

Tales datos indican que, en pre evaluación, el Grupo Experimental y el Grupo Experimental Demorado tenían condiciones similares tales como: el mismo número de integrantes con un nivel de *síntomas depresivos promedio* (18 en cada grupo). Ambos grupos obtuvieron puntajes medios que el instrumento

“Escala de Depresión” considera dentro de los límites de la normalidad (puntajes entre 4 y 7).

Resultados de post evaluación

Al llevar a cabo la segunda evaluación, en la escala Total Depresivo, el Grupo Experimental obtuvo un puntaje promedio de 4,61 puntos, con un rango de puntajes entre 1 y 9; el Grupo Experimental Demorado obtuvo una media de 4,89 puntos con un rango entre 1 y 8. En la escala Total Positivo, el Grupo Experimental obtuvo un puntaje promedio de 7,39 de puntos, con un rango de puntajes entre 3 y 10; el Grupo Experimental Demorado obtuvo una media de 7,22 puntos con un rango entre 2 y 10. Al aplicar la prueba U de Mann-Whitney para comparar a los grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas del instrumento, ni en alguna de sus subescalas (Ver Tabla 54).

Tabla 54. Comparación de medias estadísticas en el postest en la Escala de Depresión para niños. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.

Escalas y subescalas	Grupo	Medias post	z	p
Total Depresivo	Experimental	4,61	-,561	,57
	Experimental Demorado	4,89		
Respuesta Afectiva	Experimental	5,22	-1,619	,10
	Experimental Demorado	6,22		
Problemas Sociales	Experimental	5,39	-,740	,45
	Experimental Demorado	4,94		
Autoestima	Experimental	4,78	-,321	,74
	Experimental Demorado	5,00		
Preocupación Muerte/Salud	Experimental	5,22	-,048	,96
	Experimental Demorado	5,22		
Total Positivo	Experimental	7,39	-,241	,80
	Experimental Demorado	7,22		

Animo-Alegría	Experimental	7,06	-,129	,89
	Experimental Demorado	6,61		
Positivos Varios	Experimental	7,06	-,802	,42
	Experimental Demorado	7,17		

En post evaluación, después de aplicar el Programa de intervención para el desarrollo de las habilidades sociales con los participantes del Grupo Experimental, se observa en ambos grupos un nivel de *síntomas depresivos promedio*, así como una tendencia a la baja en el puntaje promedio de la escala Total depresivo.

Resultados del Seguimiento 1

Transcurrido un mes de que se concluyó con la aplicación del Programa de Intervención para el Desarrollo de Habilidades Sociales, con el Grupo Experimental, se llevó a cabo la evaluación de Seguimiento 1 con ambos grupos. Para este momento, en la escala Total Depresivo, el Grupo Experimental obtuvo un puntaje promedio de 5,47 puntos, con un rango de puntajes entre 1 y 10; el Grupo Experimental Demorado obtuvo una media de 5,06 puntos con un rango entre 1 y 9. En la escala Total Positivo, el Grupo Experimental obtuvo un puntaje promedio de 7,07 de puntos, con un rango de puntajes entre 1 y 10; el Grupo Experimental Demorado obtuvo una media de 7,10 puntos con un rango entre 2 y 10. Al aplicar la prueba U de Mann-Whitney para comparar a los grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas del instrumento, ni en alguna de las subescalas (Ver Tabla 55).

Tabla 55. Comparación de medias estadísticas en el primer seguimiento en la Escala de Depresión para niños. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.

Escalas y subescalas	Grupo	Medias seg1	z	p
Total Depresivo	Experimental	5,47	-,200	,84
	Experimental Demorado	5,06		
Respuesta Afectiva	Experimental	5,33	-1,296	,19
	Experimental Demorado	6,38		
Problemas Sociales	Experimental	5,27	-,081	,93
	Experimental Demorado	5,25		
Autoestima	Experimental	5,53	-,921	,35
	Experimental Demorado	4,75		
Preocupación Muerte/Salud	Experimental	5,73	-,586	,55
	Experimental Demorado	5,94		
Total Positivo	Experimental	7,07	-,480	,63
	Experimental Demorado	7,10		
Animo-Alegría	Experimental	6,40	-,220	,82
	Experimental Demorado	6,94		
Positivos Varios	Experimental	7,07	-,720	,47
	Experimental Demorado	6,88		

Para esta evaluación las respuestas de ambos grupos de participantes continuaron mostrando un nivel de *síntomas depresivos promedio*, los cuales se consideran dentro de los límites de la normalidad.

Resultados del Seguimiento 2

Para esta evaluación, en la escala Total Depresivo, el Grupo Experimental obtuvo una media de 4,60 puntos, con un rango de puntajes entre 2 y 7; el Grupo Experimental Demorado obtuvo una media de 5,00 puntos con un rango entre 1 y 10. En la escala Total Positivo, el Grupo Experimental obtuvo un puntaje promedio de 5,80 de puntos, con un rango de puntajes entre 2 y 9; el

Grupo Experimental Demorado obtuvo una media de 4,80 puntos con un rango entre 1 y 10. Al aplicar la prueba U de Mann-Whitney para comparar a los grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas del instrumento, ni en alguna de las subescalas (Ver Tabla 56).

Tabla 56. Comparación de medias estadísticas en el segundo seguimiento de la Escala de Depresión para niños. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney.

Escalas y subescalas	Grupo	Medias seg2	z	P
Total Depresivo	Experimental	4,60	-,525	,59
	Experimental Demorado	5,00		
Respuesta Afectiva	Experimental	5,40	-,756	,44
	Experimental Demorado	5,60		
Problemas Sociales	Experimental	4,67	-,670	,50
	Experimental Demorado	5,40		
Autoestima	Experimental	4,20	-1,327	,18
	Experimental Demorado	5,47		
Preocupación Muerte/Salud	Experimental	6,07	-,377	,70
	Experimental Demorado	6,40		
Total Positivo	Experimental	5,80	-1,047	,29
	Experimental Demorado	4,80		
Animo-Alegría	Experimental	5,80	-,528	,59
	Experimental Demorado	4,33		
Positivos Varios	Experimental	5,86	-1,674	,09
	Experimental Demorado	5,40		

Para esta evaluación las respuestas de ambos grupos de participantes continuaron mostrando un nivel de *síntomas depresivos promedio*, los cuales se consideran dentro de los límites de la normalidad.

Resultados del Seguimiento 3

Este momento de evaluación se llevó a cabo a los seis meses de haber concluido la aplicación del programa con el Grupo Experimental y a los tres meses de haberlo concluido con el Grupo Experimental Demorado. En la escala Total Depresivo, el primer grupo obtuvo una media de 4,60 con un rango de puntaje entre 1 y 8, el Grupo Experimental Demorado obtuvo una media de 5,00 con un rango de 2 a 10; en la escala Total Positivo, el Grupo Experimental una media de 5,80 y el Grupo Experimental Demorado obtuvo una de 4,80, ambos grupos con un rango de puntaje entre 2 y 10.

Al realizar un análisis para ver diferencias entre grupos, se encontró que las medias diferían significativamente en la escala Total Depresivo ($z=-1,939$, $p=.05$), a favor del grupo Experimental que obtuvo una media de 4,20, mientras que el Grupo Experimental Demorado obtuvo un puntaje promedio de 6,29, siendo la diferencia de puntaje entre ambos grupos de 2,09 puntos, en una escala de 10 puntos. Ello implica un porcentaje de cambio de 20,9 % en el Grupo Experimental. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala Total Positivo ni en alguna de las subescalas (Ver Tabla 57).

Tabla 57. Comparación de medias estadísticas en el tercer seguimiento de la Escala de Depresión para niños. Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado. Prueba U de Mann-Whitney

Escalas y subescalas	Grupo	Medias seg3	z	P
Total Depresivo	Experimental	4,20	-1,939	,05
	Experimental Demorado	6,29		
Respuesta Afectiva	Experimental	5,20	-,926	,35
	Experimental Demorado	6,00		
Problemas Sociales	Experimental	4,40	-1,773	,07
	Experimental Demorado	6,14		
Autoestima	Experimental	4,13	-1,385	,16

	Experimental Demorado	5,50		
Preocupación	Experimental	4,40	-,726	,46
Muerte/Salud	Experimental Demorado	6,14		
Total Positivo	Experimental	5,80	-,642	,52
	Experimental Demorado	6,43		
Animo-Alegría	Experimental	6,20	-1,060	,28
	Experimental Demorado	5,79		
Positivos Varios	Experimental	5,87	-,241	,80
	Experimental Demorado	6,93		

Los resultados indican que, al finalizar el estudio, las respuestas de ambos grupos de participantes continuaron mostrando un nivel de *síntomas depresivos promedio*, la reducción del puntaje fue significativa, en la escala Total Depresivo el porcentaje de cambio fue superior al 20%.

Análisis de medidas repetidas (pre-seg3). Grupo Experimental y Grupo Experimental Demorado.

Se compararon los puntajes promedio de cada una de las evaluaciones: pretest, posttest, seguimiento 1, seguimiento 2 y seguimiento 3, tanto del Grupo Experimental como del Grupo Experimental Demorado, para conocer si hubo cambios, y si éstos se mantuvieron a través del tiempo en las escalas generales de la escala y/o en alguna de sus subescalas. Al comparar los puntajes del Grupo Experimental, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala Total Positivo ($p=.01$), lo cual indica que hubieron cambios y que éstos se mantuvieron a través del tiempo (ver Tabla 58).

Tabla 58. Análisis de medidas repetidas de Friedman. Escala de Depresión para niños. Grupo Experimental (pre-seg. 3).

Grupo Experimental	N	Chi cuadrado	Gl	Sig.
Total Depresivo	15	5,835	4	,21
Respuesta Afectiva	15	7,665	4	,10
Problemas Sociales	15	5,961	4	,20
Autoestima	15	8,517	4	,07
Preocupación	15	1,502	4	,82
Muerte/Salud				
Depresivos Varios	15	2,175	4	,70
Total Positivo	15	12,396	4	,01
Animo-Alegría	15	3,361	4	,49
Positivos Varios	15	6,157	4	,18

Los puntajes de las medias de la escala Total Positivo disminuyeron del pretest (7,33) al tercer seguimiento (5,80), lo que implicó alejarse del nivel de *depresión clínica* (8 al 10), sin embargo estos valores se mantuvieron desde el inicio dentro del nivel de *síntomas depresivos promedio*.

Con relación al Grupo Experimental Demorado no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas del instrumento “Escala de Depresión”, ni en las subescalas (Ver Tabla 59).

Tabla 59. Análisis de medidas repetidas de Friedman. Escala de Depresión para niños. Grupo Experimental Demorado (pre-seg. 3).

Grupo Experimental Demorado	N	Chi cuadrado	gl	Sig.
Total Depresivo	15	3,268	4	,51
Respuesta Afectiva	15	3,044	4	,55
Problemas Sociales	15	,525	4	,97
Autoestima	15	5,396	4	,24
Preocupación	15	1,839	4	,76

Muerte/Salud				
Depresivos Varios	15	7,071	4	,13
Total Positivo	15	7,496	4	,11
Animo-Alegría	15	4,946	4	,29
Positivos Varios	14	8,443	4	,07

VARIABLES EN LAS QUE SE OBSERVARON CAMBIOS CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVOS DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

En la Tabla 60 se muestra el número de participantes, en la muestra total y en cada grupo experimental, que mostraron cambios clínicamente significativos, considerándose el criterio de Cardiel (1994) que pone como regla los porcentajes de cambio superiores al 20%. Las variables que mostraron cambio fueron: Habilidades Sociales, Total depresivo y Total positivo.

Tabla 60. Indica número y porcentaje de participantes con cambios clínicamente significativos en la escala general de habilidades sociales y las escalas generales de Total Depresivo y Total Positivo (pre-seg-3).

Variable	N	Grupo Experimental		Grupo Experimental Demorado	
		Número de niños con cambios clínicamente significativos	%	Número de niños con cambios clínicamente significativos	%
Habilidades Sociales	15	6	33,3	6	33,3
Total Depresivo	8	5	27,7	3	16,6
Total Positivo	12	7	38,8	5	27,7

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los niños institucionalizados suelen presentar déficits y limitaciones cognoscitivas, emocionales, físicas y sociales. Dados los problemas que presentan, aunado a los escasos estudios que se realizan en México, los principales esfuerzos de la intervención psicológica con menores institucionalizados deberían estar encaminados a brindar apoyo para el desarrollo de habilidades y estrategias que ayuden a incrementar su calidad de vida y promover su desarrollo cognitivo, físico y social. La presente investigación se enfocó en el desarrollo de habilidades sociales en menores institucionalizados, ya que presentan un patrón de interacción social caracterizado por la agresividad y con escasas respuestas sociales apropiadas.

Dentro de la terapia cognitivo conductual, se han perfeccionado programas de entrenamiento en habilidades sociales, ya que el desarrollo de éstas tiene implicaciones importantes para el éxito académico y vocacional de los menores, así como para su sano ajuste psicológico a largo plazo. Con estudios realizados en otros países, está ampliamente documentado que este tipo de intervenciones son eficaces para lograr el desarrollo social, y para el tratamiento de diversos trastornos en la niñez (Dib y Sturmey, 2007; Sim *et al.*, 2006; Sukhodolsky *et al.*, 2005; Turner y Beidel, 2005), por lo que en esta investigación se planteó probar los efectos de un Programa de intervención para el desarrollo de habilidades sociales, dirigido a niños y adolescentes que se encuentran en situación de abandono y bajo el cuidado de una institución.

Esta investigación se dividió en tres fases y un estudio. En la primera fase se llevó a cabo un diagnóstico de cuatro variables relevantes en población infantil institucionalizada, a saber: habilidades sociales, ansiedad, autoestima y depresión. En la segunda fase se elaboró una lista de habilidades sociales para conformar los contenidos del programa de entrenamiento; esta información, junto con la revisión de intervenciones eficaces basadas en el entrenamiento de las habilidades sociales con población infantil, permitió seleccionar estrategias y componentes cognitivo conductuales para elaborar un programa de intervención adecuado a las características de los niños

institucionalizados mexicanos, así como el desarrollo de materiales de apoyo; esto constituyó la tercera fase de la investigación.

El Programa de intervención se enfocó en el desarrollo de comportamientos sociales, que permitieran a los menores iniciar y mantener contactos sociales, expresar adecuadamente emociones, modificar los pensamientos negativos respecto a su actuación social y la conducta derivada del mismo, así como al desarrollo de habilidades de solución de problemas de índole social, para hacer frente a las dificultades de socialización que a menudo presentan. En la última parte de la presente investigación (Estudio 1), el objetivo fue probar los efectos de un programa de intervención en el desarrollo de habilidades sociales, así como su efecto indirecto en las variables psicológicas de ansiedad, autoestima y depresión, en una muestra de menores institucionalizados mexicanos.

Los datos obtenidos indican que, al inicio de la investigación, todos los participantes mostraron un comportamiento agresivo como patrón característico en sus interacciones sociales, así como una tendencia a ignorar los sentimientos de los demás, es decir, mostraban un estilo de relación caracterizado por la agresión y respuestas inadecuadas, lo que les dificultaba iniciar y mantener contactos sociales. Sus índices depresivos estuvieron cercanos al riesgo de depresión clínica; presentaron carencia o ausencia de elementos de alegría y felicidad en su vida o incapacidad para experimentarlos; respecto a la variable psicológica de ansiedad, los participantes tuvieron un nivel por arriba del promedio, manifiesto particularmente en síntomas fisiológicos. El nivel de autoestima de los menores se mostró por debajo de lo normal, con un auto concepto y una valoración negativa sobre sí mismos.

Estos hallazgos confirman lo reportado por investigaciones realizadas con menores bajo el cuidado de una institución en otros países (Ahmad *et al.*, 2005; Bennett *et al.*, 2009; Eisenberg & Belfer, 2009; Miller *et al.*, 2009). En ese sentido, el presente estudio aportó datos en una muestra de niños institucionalizados mexicanos, lo que sienta las bases para llevar a cabo estudios con poblaciones más amplias. Por lo pronto, se confirma la

posibilidad de que los niños institucionalizados en México se encuentren en situaciones de riesgo de sufrir diversos problemas psicológicos de trascendencia individual y social.

En el Estudio Efectos del Programa de Intervención para el Entrenamiento de Habilidades Sociales en Niños Institucionalizados, los resultados encontrados proporcionan evidencia de la efectividad del programa para desarrollar habilidades sociales en esta población, incluyendo la disminución de patrones agresivos de comportamiento y la adquisición de habilidades para solución de problemas, reconocimiento y expresión de sentimientos.

Al iniciar el estudio, en pre evaluación, la mayoría de los participantes de ambos grupos mostró déficit en habilidades sociales, caracterizado por un patrón de conductas agresivas, peleas, acusaciones y amenazas, es decir, actitudes que implicaban agredir a los demás. Después de tres meses de aplicado el programa, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos, tanto en el nivel general de Habilidades Sociales como en el factor Expresión de Sentimientos; el Grupo Experimental aumentó su habilidad social, es decir, los menores, de ser *muy agresivos* y tener un marcado déficit en habilidades sociales, después de haber recibido la intervención, disminuyeron su nivel de agresividad e incrementaron sus conductas sociales. Esa tendencia continuó a través de las evaluaciones de seguimiento, logrando mantenerse estos cambios en el seguimiento a los seis meses. Estos efectos se apreciaron en la mayoría de los participantes del Grupo Experimental, de los cuales el 25% mostró cambios clínicamente significativos (de acuerdo al criterio de Cardiel, 1994).

Esos resultados concuerdan con hallazgos anteriores (Dib & Sturmey, 2007; Sim *et al.*, 2006; Sukhodolsky *et al.*, 2005) respecto a la efectividad de los programas cognitivo-conductuales para que niños y adolescentes desarrollen una mejor interacción con sus pares y con adultos. La aportación del presente estudio consistió en el desarrollo y prueba de un programa, con sus respectivos materiales, que puede ser utilizado en niños mexicanos institucionalizados.

En el Grupo Experimental los efectos del programa también se reflejaron – aunque en menor medida- en variables psicológicas que no fueron directamente trabajadas a lo largo de las sesiones de intervención, pero sí evaluadas con regularidad. Se confirma que trabajar en habilidades sociales tiene un impacto sobre los niveles generales de depresión y de ansiedad, como lo reportaron diversos autores (Hovell *et al.*, 2001; Nitkowski *et al.*, 2009; Pössel *et al.*, 2004), aunque no se logró mejorar el nivel de autoestima general en los niños.

El puntaje promedio de los índices depresivos de los participantes, tuvieron un porcentaje de cambio del 20% tres meses después de haber recibido la intervención. Otro cambio observado fue el aumento estadísticamente significativo en su capacidad para disfrutar elementos de alegría y diversión en su vida. Los resultados anteriores coinciden con el momento en el cual los participantes comenzaron a desarrollar habilidades sociales (segundo seguimiento), lo que lleva a pensar que al desarrollar habilidades para relacionarse mejor, tuvieron mayores elementos para tener experiencias agradables. Los cambios se mantuvieron a través del tiempo, lo que implicó alejarse del nivel de *depresión clínica*, aun cuando estos valores se mantuvieron siempre dentro del nivel de *síntomas depresivos promedio*.

Respecto a la variable psicológica de ansiedad, se apreció una tendencia a la baja del puntaje promedio, y el 16% de los menores experimentaron una reducción clínicamente significativa en su nivel de ansiedad. Con relación a la autoestima, los participantes mantuvieron un patrón caracterizado por concepciones negativas sobre sí mismos en su auto concepto general, sin embargo, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, en la subescala Ambiente Social, la cual se refiere a los aspectos relacionados con la actuación de los menores dentro de su ambiente social; en esta variable también se encontraron cambios clínicamente significativos en el 22% de los participantes del Grupo Experimental.

Los hallazgos se confirmaron cuando el programa se aplicó al Grupo Experimental Demorado, dado que sus integrantes mostraron cambios similares a los del Grupo Experimental, en el mismo periodo de tiempo. Su

puntaje disminuyó en el último seguimiento, después de tres meses de haber recibido el programa. Comparando los resultados de pre evaluación con los de la tercera evaluación, se observó en el Grupo Experimental Demorado una disminución en su puntaje, similar al del Grupo Experimental, con cambios estadísticamente significativos tanto en el nivel general de Habilidades sociales como en el factor Expresión de Sentimientos; el 25% de los participantes tuvo cambios clínicamente significativos.

Al comparar nuevamente a los grupos, después de seis meses de aplicar la intervención al Grupo Experimental, y de tres meses de aplicarlo al Grupo Experimental Demorado, no se encontraron diferencias entre los grupos. Ello es indicativo de que los participantes de ambos grupos tuvieron para ese momento un nivel similar de habilidades sociales, ambos habían disminuido su puntaje, por lo que se alejaron del patrón agresivo y mostraron mejores interacciones sociales, acercándose a los niveles de conducta asertiva. Estos datos también indican que los efectos del programa no se presentaron inmediatamente después de su aplicación, sino transcurridos tres meses, en ambos grupos. Probablemente porque se trabajaron 14 sesiones y los niños requirieron practicar dentro de su vida cotidiana las habilidades recién adquiridas.

Los efectos del programa también se reflejaron en el Grupo Experimental Demorado –aunque en menor medida- en variables psicológicas que no fueron directamente trabajadas a lo largo de las sesiones de intervención, pero sí evaluadas con regularidad. Estos resultados se deben ver con cautela, ya que no fueron tan claros como en el Grupo Experimental. En el tercer seguimiento, el puntaje promedio de los participantes se redujo a un nivel de *ansiedad normal*, sin ser estos cambios estadísticamente significativos; para este mismo momento, el 27% de los participantes experimentaron una reducción clínicamente significativa en su nivel de ansiedad.

Con relación a sus niveles depresivos, después de haber recibido el programa de intervención, los participantes del Grupo Experimental Demorado tuvieron un porcentaje de cambio del 24% en su puntaje promedio, lo que implica un incremento en su capacidad para disfrutar elementos de alegría y diversión en

su vida. Con relación a la autoestima de los niños, es importante reconocer que los participantes continuaron mostrando problemas en su auto-estima general, lo cual requiere investigarse con detenimiento en estudios futuros.

El diseño de la investigación permitió contar con un estudio confirmatorio de los efectos del programa, en lo relativo a habilidades sociales, aunque su influencia sobre otras variables psicológicas, como depresión y ansiedad, no fueron tan claros en el grupo demorado. Una posible explicación de que el Grupo Experimental haya obtenido mejores resultados, es el tiempo de práctica de las habilidades, porque al comparar datos de pre evaluación con datos del tercer seguimiento, estos participantes llevaban seis meses de haber concluido el programa, mientras los del Grupo Experimental Demorado llevaban tres meses. Ello implica que los del primer grupo tuvieron oportunidad de desarrollar y practicar las habilidades por más tiempo. Esto constata que las habilidades sociales requieren tiempo de práctica cotidiana para que se desarrollen bien, lleguen a formar parte del repertorio conductual del niño, y tengan un efecto sobre otras variables como depresión y ansiedad.

Otros posibles factores de influencia que deben considerarse en este análisis son efectos de maduración, adaptación o contaminación. Con el paso del tiempo, los participantes pudieron haber mejorado en algunos aspectos relacionados con las habilidades sociales, al adaptarse mejor a su contexto o al madurar física o psicológicamente; en cualquiera de estos casos, se anularían los efectos del programa de intervención. Asimismo, dado que ambos grupos sostenían frecuentemente intercambios sociales al convivir entre sí, asistir a la misma escuela y realizar actividades grupales, podría pensarse la posibilidad de que hubiera comunicación entre ellos respecto al trabajo de la intervención, o que las pautas de intercambio social que practicaban los menores de la condición experimental influyesen en los menores del Grupo Experimental Demorado; en este caso, los resultados se alterarían por la contaminación del estudio.

Sin embargo, no parece haber indicios de que alguna de dichas variables, extrañas al estudio, haya tenido influencia. Los efectos de la maduración, la adaptación o la contaminación por comunicación entre los grupos se hubieran

reflejado por una similitud en los datos de ambos grupos durante el primer seguimiento –las medias de los dos grupos de participantes, con o sin intervención, hubieran mostrado niveles similares en las habilidades sociales y en las otras variables estudiadas-. O bien, durante el segundo seguimiento, los patrones del Grupo Experimental Demorado no se hubieran acercado a los del Grupo Experimental.

Los cambios positivos en los patrones conductuales de ambos grupos, aunque no fueron dramáticos, sino más bien sutiles, sí son sistemáticos y consistentes con las fases del programa, por lo que pueden ser atribuidos a la intervención realizada en la presente investigación.

Sin embargo, en nuevas intervenciones sería importante -dadas las características de estos menores- incluir, además de los aspectos aquí contemplados:

- Entrenar individualmente algunos aspectos, como la reestructuración cognitiva.
- Considerar el paso de uno a otro componente o modulo, a través de criterios de dominio.
- Implementar un mayor número de sesiones de intervención.
- Utilizar videos para el entrenamiento de habilidades sociales, para que los participantes tengan modelos diversos.

Estas sugerencias se hacen con base en el hecho de que los niños tienen diferente ritmo de avance y muestran variabilidad en el procedimiento de adquisición y desarrollo de estrategias. Es importante adaptar los tiempos y la intervención a los participantes o el grupo, y no los participantes a los tiempos y sesiones de la intervención.

Lo anterior concuerda con Garfield (1996), que al hablar de las terapias validadas empíricamente (que incluyen sesiones con manuales como guía), resalta que se pueden presentar posibles complicaciones en la aplicación de los estudios, enfatiza la importancia de la variabilidad de los pacientes y señala la necesidad de adaptar los procedimientos para los problemas

específicos de cada uno de ellos. Al respecto, Botella y Herrero (2000) consideran que la duración de la intervención debe variar en función del desempeño y adquisición de las habilidades de los menores.

Adicionalmente, investigaciones futuras, además de contemplar las metas de tratamiento para la población objetivo, han de considerar las características del entorno físico y social, y las relaciones que allí se generan, así como el impacto de la institucionalización en el desarrollo infantil; las investigaciones realizadas reportan impactos negativos de las condiciones de institucionalización sobre los menores. Los niños abandonados pertenecen a una población que tiene un riesgo mayor que el promedio de presentar problemas futuros en su desarrollo o conducta, debido a su condición de institucionalización (Sameroff & Seifer, 1983), lo que aumenta la probabilidad de que al crecer tengan problemas psicológicos (Ochumbo, 2008). Por lo tanto, al intervenir con esta población es importante involucrar el contexto institucional del niño, ya que el comportamiento de éste es mediado y modelado por las características del mismo, así como por las condiciones en las cuales se encuentra inmerso.

Al respecto de los factores y de las características del entorno que pueden influir en la eficacia de los procedimientos, Meichenbaum (1977) menciona que las estrategias cognitivas conductuales utilizadas en los trastornos y procesos de ajuste infantil incluyen consideraciones en el ambiente interno y externo del menor y representan una perspectiva integral. De este modo, al hacer un análisis de los elementos intervinientes en esta investigación, el contexto está incompleto si no consideramos los efectos de la participación del entorno institucional en el desarrollo de los menores y en los efectos del programa de intervención sobre los mismos, es decir, qué factores pudieron haber afectado o impedido que algunos componentes de la intervención tuviesen resultados.

Por lo tanto, se requiere analizar diversos aspectos, tales como el ambiente institucional y la calidad de los cuidados institucionales, ya que las condiciones de un orfanato pueden brindar pocas oportunidades de estimulación y desarrollo cognoscitivo y lingüístico. En investigaciones

realizadas en otros países, se ha reportado que el ambiente institucional se caracteriza por deficiencias en el cuidado médico, nutricional, sanidad, juguetes y equipo; abuso, negligencia emocional y social, sobrepoblación, y múltiples cambios de cuidadores. Respecto a este punto, es común la existencia de un número limitado de cuidadores, que cuentan con poco o ningún entrenamiento, que además suelen rotar frecuentemente y establecer rutinas enfocadas en la disciplina más que en el desarrollo infantil (según reporta Meese en 2005, y según se constató en las instituciones participantes en este estudio).

Los reportes en el campo indican que, en los ambientes institucionales, los intercambios sociales con los cuidadores se caracterizan por la falta de sensibilidad, calidez e interacción recíproca entre niño y cuidador, así como poca expresividad y respuesta emocional, lo que resulta en escasas oportunidades para los niños de formar relaciones con ellos o con sus pares, además de que los cuidadores rara vez responden a las peticiones de intercambio social que inician los menores (Muhamedrahimov *et al.* 2005). Por ello se sugiere realizar estudios sistemáticos en México, que den cuenta de estos aspectos y que, en caso de confirmarse, permitan contar con datos y elementos para guiar programas de intervención que atiendan la relación entre cuidadores y niños.

Esa información es de particular importancia, ya que, por un lado, se ha sugerido que los factores contextuales de la institución pueden ser responsables de los problemas y limitaciones emocionales, sociales y mentales de los menores (Spitz, 1945), y por otro, en referencia a la socialización, las habilidades de los menores son modeladas y moldeadas directamente por el comportamiento de sus cuidadores. Al aprender por observación, el tipo de relación caracterizado por la falta de respuesta, intercambio y reciprocidad, provee a los niños de modelos que no son óptimos para su desarrollo pleno. Entonces, los menores pueden replicar este estilo de relación con otros adultos y con sus pares, por lo que en este contexto se perpetúan las limitadas oportunidades de intercambio social, y probablemente, cuando llegan a expresarse, las señales no son reconocidas por los otros, por

lo que carecen de respuesta. De este modo, los menores no cuentan con posibilidades de desarrollar plenamente sus habilidades sociales, ni por los modelos que reciben ni por el reforzamiento de sus aproximaciones a conductas sociales adecuadas, por lo que éstas tenderán a disminuir o desaparecer.

Dado lo anterior, en contextos y circunstancias como éstos, la intervención en un sólo nivel no produce el impacto necesario para lograr el desarrollo de las capacidades y habilidades de los niños. Se sugiere considerar una intervención de tipo institucional, enfocada en mejorar la calidad de vida y el desarrollo integral de los menores, a partir del mejoramiento en las relaciones entre los niños y los adultos, y seguir un protocolo con el fin de enriquecer las actividades educativas y de cuidado, así como una evaluación del mismo. Se requiere instaurar la evaluación de la calidad en las relaciones cuidador-menor, mediante indicadores claros y concretos, la evaluación y seguimiento del programa de trabajo, así como el involucramiento de los adultos dentro del mismo, para proporcionar al niño la oportunidad de contar con modelos adecuados y de formar relaciones de apego de calidad.

La literatura (V.g. Sparling, Dragomir, Ramey & Florescu, 2005) reporta intervenciones a nivel institucional que han mostrado efectos en la calidad de vida de los menores, a partir de: a) el entrenamiento del personal de la institución (médicos, enfermeras, educadores, guardias y sobre todo cuidadores); b) un programa de intervención con los niños y cuidadores; c) juegos y materiales educativos y estimulantes, y d) supervisión del programa. Por ello sería importante incluir a los cuidadores en el entrenamiento, para mejorar la calidad de la relación, dotarlos de herramientas que les permitan mostrar disponibilidad emocional y física al menor, aspectos claves en la promoción del desarrollo social y emocional del niño (Velázquez-Andrade, 1996).

Limitaciones

Entre las limitaciones del estudio, se encontraron las escasas condiciones medioambientales, el cual no es responsivo al programa de intervención para el desarrollo y el mantenimiento de las habilidades sociales aprendidas. Estas condiciones se relacionan con los recursos humanos, los materiales y el tipo de relaciones que suelen establecerse. Por otro lado, debido a las características de los menores institucionalizados, muestran desventajas cognitivas que dificultan el aprendizaje y el desarrollo de habilidades, además de la acumulación de desventajas.

Propuestas para la investigación y la intervención

Se requieren estudios sistemáticos con poblaciones mexicanas, que den cuenta de los diversos aspectos involucrados en las instituciones de resguardo infantil y de la forma en que éstos afectan el desarrollo infantil. De tales datos, será posible derivar estrategias de intervención que abarquen los diferentes elementos del contexto institucional y enriquezcan las características del medio ambiente, a través de:

- Entrenamiento a cuidadores en planeación de actividades, desarrollo de habilidades sociales, y manejo de problemas de conducta.
- Implementación de un programa de estimulación integral en diversas áreas a través de actividades lúdicas.
- Mejorar la calidad de los intercambios sociales.

Con relación a la intervención, y como ya fue señalado, además de los aspectos considerados en la presente investigación, han de agregarse:

- Entrenamiento individual de la técnica de reestructuración cognitiva.
- Establecer criterios de adquisición.
- Realizar seguimiento a un año.

-Emplear muestras más grandes.

-Apoyar con videos el entrenamiento de habilidades sociales.

A modo de conclusión, puede decirse que los objetivos que se planteó la presente investigación fueron cumplidos plenamente, pero se requiere investigar aún muchos aspectos que escaparon a ésta. Las líneas futuras de estudios sistemáticos en México permitirán crear mejores condiciones de vida para la amplia población de niños y adolescentes que viven en situación de institucionalización. El manual de intervención aquí desarrollado, así como el reporte de resultados y limitaciones, han de servir para apoyar esas nuevas líneas de investigación e intervención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmad, A., Abdul-Majeed, A., Siddiq, A., Jabar, F., Qahar, J., Rasheed, J. & von Knorring, A. (2007). Mental health problems in Iraqi Kurdistan reporting questionnaire for children as a screening instrument for child. *Transcultural Psychiatry*, 44 (1), 1-25.
- Ahmad, A., Qahar, J., Siddiq, A., Maheed, A., Rasheed, J., Jabar, E. & von Knorring, A. (2005). A 2-year follow-up of orphans' competence, socioemotional problems and post-traumatic stress symptoms in traditional foster care and orphanages in Iraqi Kurdistan. *Child Care, Health & Development*, 31 (2), 203-215.
- Aguilar, R. (1995). *Estandarización de las Escala de asertividad de Michelson y Wood en una muestra mexicana de niños de 8 a 16 años* (Tesis de licenciatura). Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Alberti, R. & Emmons, M. (1970). *Your perfect right*. San Luis Obispo C.A: Impact Publisher.
- Argyle, N. (1967). *The psychology of interpersonal behaviour*. Harmondsworth UK: Penguin Books.
- Antona, C. y García-López, L. (2008). Repercusión de la exposición y reestructuración cognitiva sobre la fobia social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40, 2.
- Arellano, B. (2007). *Programa para fortalecer la autoestima y la conducta resiliente en niños de una casa hogar* (Tesis de licenciatura). Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Arrubarrena, M., y De Paúl, J. (1994). *Maltrato a los niños en familia*. España: Pirámide.

- Ballesteros, G. y González, F. (2003). *La institucionalización en preadolescentes como factor de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria e imagen a corporal* (Tesis de licenciatura). Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Bandura, A. (1982). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa Calpe.
- Bandura, A. y Walters, R. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza.
- Barragán, T., González V., Medina-Mora, M. y Ayala, V. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental*, 28 (1) 61-71.
- Bautista, V. (2000). *Validez y confiabilidad de la Escala de ansiedad manifiesta en niños y adolescentes mexicanos* (Tesis de especialidad en Psiquiatría). Facultad de Medicina. UNAM. México.
- Beelmann, A. & Lösel, F. (2006). Child social skills training in developmental crime prevention: Effects on antisocial behavior and social competent. *Psicothema*, 18 (3), 603-610.
- Bennett, J., Espie, C., Duncan, B. & Minnis, H.(2009). A qualitative exploration of children's understanding of indiscriminate friendliness. *Clinical Child Psychology Psychiatry*, 14 (4), 595-618.
- Botella, L. y Herrero, O. (2000). Constructivismo y psicoterapia en la edad avanzada. *Revista Especializada en Geriátrica y Gerontología*, 35 (4), 227-236.
- Boy G., García C., y Torreblanca, A. (1985). Importancia del vínculo materno-filial en el sentimiento de seguridad. *Revista Mexicana de Psicología*, 2 (1), 29-32.
- Bowlby, J. (2003). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.

- Buggey, T. (2007). A picture is worth...: Video self-modeling applications at school and home. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 9 (2), 151-158.
- Caballo, V. (1996). Evaluación de las habilidades sociales. **En Buela-Casal, Caballo y Sierra (Eds)**, Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud, (377-421). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. (2009). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. México: Siglo XXI.
- Caballo, V. (1988). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.
- Calvin A. & Eriksen, L. (2006). Assessing advance care planning readiness in individuals with kidney failure. *Nephrology Nursing Journal*, 33, 165-170.
- Campbell, D. y Stanley, J. (1995). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Argentina: Amorrortu.
- Cardiel, R. M. (1994). La medición de la calidad de vida. **En L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (Eds.)**, *Epidemiología Clínica* (pp.189-199). México: Interamericana- McGraw Hill.
- Carrasco, T., y Adame, M. (2001). *Habilidades para la vida*. Madrid: Paraninfo International Thomson.
- Casado, F., Díaz, H., y Martínez, G. (1997). *Niños maltratados*. España: Díaz de Santos.
- Caso, N. (1999). *Validación de un instrumento de autoestima para niños y adolescente* (Tesis de Maestría) Facultad de Psicología. UNAM. México.

- Código Penal para el Distrito Federal (2002). Recuperado de [http://www.paot.org.mx/centro/codigos/df/pdf/cpdfn\(02feb07\).pdf](http://www.paot.org.mx/centro/codigos/df/pdf/cpdfn(02feb07).pdf)
- Cook, C., Gresham, F., Kern, L., Barreras, R. Thornton S. & Crews, S. (2008). Social skills training for secondary students with emotional and/or behavioral disorders: A review and analysis of the meta-analytic literature. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 16, (3), 131-145.
- Corcoran, J. (2006). Therapeutic interventions with children who have experienced sexual and physical abuse in the US. **En McAuley, P. Pecora & W. Rose (Eds)**, *Enhancing the well-being of children and families through effective interventions: International evidence for practice*, (p. 158-169). London: Jessica kingsley Publishers.
- Cruz, J. Morales, L y Ramírez, S. (1996). *Validez, confiabilidad y normas del Cuestionario de depresión para niños (CDS) de Lang y Tisher*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- De Jong, M. (2010). Some reflections on the use of psychiatric diagnosis in the looked after or "in care" child population. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15 (4), 589-600.
- Delgado, L. (2007). *Psicoterapia grupal con niños de 4 y 5 años, maltratados e institucionalizados en el Albergue temporal de la PGJ-DF* (Tesis de licenciatura). Facultad de psicología. UNAM. .
- Del Prette, Z. y Del Prette, A. (2002). *Psicología de las habilidades sociales: terapia y educación*. México: Manual moderno.
- Dib, N. & Sturmey, P. (2007). The effects of verbal instruction, modeling, rehearsal, and feedback on correct posture during flute playing. *Behavior Modification*, 31(4), 382-388.
- DIF. Diagnóstico de la adopción en México. Recuperado de http://dif.sip.gob.mx/archivos/diagnostico_adopcion.pdf

- DIF Sonora (2009). Portal de transparencia Recuperado en http://transparencia.esonora.gob.mx/NR/rdonlyres/FF9F3A6F-6770-4B6C-A025-3B374E032928/50358/090823P0001ingresos_unacari_agosto262009.pdf
- Eisenberg, L. & Belfer, M. (2009). Prerequisites for global child and adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50 (1-2), 26-35.
- Ellis, A. & Abrahams. E. (1983). *Terapia racional-emotiva (TRE). Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad*. México:Pax
- Ellis, B., Fisher, P. & Zaharie, S. (2004). Predictors of disruptive behavior, developmental delays, anxiety, and affective symptomatology among institutionally reared romanian children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43 (10), 1283-1292.
- Enríquez, B. (2004). *Depresión y bajo rendimiento escolar en niñas institucionalizadas de familias desintegradas: comparación de dos grupos* (Tesis de licenciatura). Facultad de psicología. UNAM. México.
- Ezzell, C., Swenson, C., & Brondino, M. (2000). The relationship of social support to physically abused children's adjustment. *Child abuse & neglect*, 24, 641-651.
- Frías, A., Carrasco, A., Fernández, M., García, A. y García, B. (2009). Comorbilidad entre trastornos de conducta y depresión mayor en la adolescencia: prevalencia, teorías explicativas y estatus nosológico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 1.
- Garfield, S. (1996). Some problems associated with "validated" forms of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3 (3), 218–229.
- Garrido G. (2005). Escuela para padres: habilidades de comunicación. **En Garrido, G. (Ed.)**, *Manual de intervención educativa en readaptación*

social. Volumen 1 Fundamentos de la intervención. Valencia: Tirant Loblanch.

Garriga, A; Martín, J., y López-Soler, C. (2009). Tratamiento cognitivo-conductual grupal del trastorno de pánico con o sin agorafobia en un centro de salud mental público. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 14, 2.*

Gil, F. y León, J. (1998) *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención.* España: Síntesis.

Gismero G. (2002). *Manual. Escala de habilidades sociales.* Madrid: Publicaciones de Psicología Aplicada.

Goffman, E. (1984). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales.* Argentina: Amorrortu Editores.

Goldstein, A; Sprafkin, R; Gershaw, J y Klein, P. (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia: un programa de enseñanza.* España: Editorial Martínez Roca.

González, L. & Méndez, L. (2006). Relación entre autoestima, depresión y apego en adolescentes urbanos de la comuna de Concepción, Chile. *Terapia Psicológica, 24(001), 5-14.*

González, I., Valdés, J., Domínguez, A., Palomar, J. & González, S. (2008). Características psicosociales en niños en contexto de riesgo y de no riesgo. *Persona, 11, 92-107.*

Guglielmo, H. & Tryon, G. (2001). Social skill training in an integrated preschool program. *School Psychology Quarterly, 16 (2), 158-175.*

Hayashi,R., Frost, C., Yamashita, E., Khuajin, U. & Nyamsuren, B. (2009). Child welfare needs in Mongolia: A collaborative exploration among three universities. *International Social Work, 52(1), 84-96.*

- Hernández, G. (1999). *Hacia la salud psicológica: niños socialmente competentes*. México: UNAM, Facultad de Psicología.
- Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L., (2001). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Herrenkohl, T., Tajima, E., Whitney, S., & Huang, B. (2005). Protection against antisocial behavior in children exposed to physically abusive discipline. *Journal of Adolescent Health, 36*(6), 457-465.
- Hidalgo, C., y Abarca, N. (1999). *Comunicación interpersonal: Programa de entrenamiento en habilidades sociales*. México: Alfa-Omega.
- Hovell, M., Blumberg, E., Liles, S., Powell, L., Morrison, T., Duran, G., Sipan, C., Burkham, S. & Kelley, N. (2001). Training AIDS and anger prevention social skills in at-risk adolescents. *Journal of Counseling & Development, 79*, 347-355.
- Huang, H., Lee, C. & Wu, S. (2006). Hip protectors: a pilot study of older people in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing, 15*(4), 436-443.
- Hwa-Froelich, D. & Matsuoh, M. (2008). Cross-cultural adaptation of internationally adopted chinese children: Communication and symbolic behavior development. *Communication Disorders Quarterly, 29*(3), 149 - 166.
- Idoniboye, G. (2008). A call for mental health needs assessments in HIV positive children in Africa. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health, 128*(5), 240-242.
- INEGI (2009). Estadísticas a propósito del Día del niño. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/aPropositom.asp?s=inegi&c=2689&ep=11>).
- INEGI (2010). Estadísticas a propósito del Día del niño. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2010/ni%C3%B1o10.asp?s=inegi&c=2757&ep=32>.

- Ison, M; y Rodríguez, I. (1997). Desarrollo de habilidades sociales en el tratamiento de conductas problemas infantiles. *Revista Mexicana de Psicología*, 14 (2), 129-137.
- Katsurada, E. (2007). Attachment representation of institutionalized children in Japan. *School Psychology International*, 28(3), 331-345.
- Kelly (1992). *Entrenamiento de las habilidades sociales. Guía práctica para intervenciones*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en las ciencias sociales*. México: McGraw Hill.
- Kim, J. & Cicchetti, D. (2006). Longitudinal trajectories of self-system processes and depressive symptoms among maltreated and nonmaltreated children. *Child Development*, 77(3), 624-639.
- Lara, C. y Silva, T. (2002). *Estandarización de la Escala de Asertividad de Michelson y Wood en niños y adolescentes: II* (Tesis de licenciatura). Facultad de psicología. UNAM. México.
- Lang, M. y Tisher, M. (2003). *Cuestionario de depresión para niños (CDS)*. TEA Ediciones: Madrid.
- Lazarus, A. (1973). On assertive behavior: A brief note. *Behavior Therapy*, 4, 687-699.
- Le Mare, L., Audet, K. & Kurytnik, K.(2007). A longitudinal study of service use in families of children adopted from romanian orphanages. *International Journal of Behavioral Development*, 31, 242 -251.
- León, J. y Medina, S. (1998). Aproximación conceptual a las habilidades sociales. **En H. Gil y J. León, (Eds.),** *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención*. Madrid: Síntesis.
- Ley de Asistencia Social (2004). LEYCO, Leyes Correlacionadas. Recuperado en <http://leyco.org/mex/fed/270.html>

- Lombe, M. & Ochumbo, A. (2008). Sub-Saharan Africa's orphan crisis: Challenges and opportunities. *International Social Work, 51*(5), 682-699.
- López, M. (2007). *Promoción de resiliencia y enseñanza de habilidades de escritura en niños de 8 a 11 años de una casa hogar* (Tesis de licenciatura). Facultad de psicología. UNAM. México.
- Luca de Tena, Rodríguez, R., y Sureda, I. (2001). *Programa de habilidades sociales en la enseñanza secundaria obligatoria*. Albije: España.
- Maclean, K. (2003). The impact of institutionalization on child development. *Development and Psychopathology, 15*, 853-884.
- Martínez, A. y Marroquín, M. (1997). *Programa "Deusto 14-16": Desarrollo de habilidades sociales*. Bilbao: Mensajero.
- Martínez, P., Rosete, M. & Ríos, R. (2007). Niños de la calle: autoestima y funcionamiento yoico. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 12* (2), 367-384.
- Martínez, S. (1995). *Psicofisiología*. España: Síntesis.
- McKenzie, R. (1998). Neglected solutions, orphanages may be preferable over foster families. *National Review, 18*, 1-5.
- Meese, R. (2005). A few new children: Postinstitutionalized children of intercountry adoption. *The Journal of Special Education, 39*(3), 157-167.
- Méndez, F., Olivares, J. y Ros, M. (1998). Entrenamiento de habilidades sociales. **En J. Olivares y F. Méndez, Técnicas de modificación de conducta** (p.337-369). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Michelson, L., Sugai, P., Wood, P. y Kazdin, E. (1987). *Las habilidades sociales en la infancia*. España: Martínez Roca.

- Michelson, L. & Wood, R. (1982). Development and psychometric properties of the children's assertive behavior scale CABS. *Journal of Behavioral Assessment*, 4, 3-14.
- Miller, L., Chan, W., Tirella, L. & Perrin, E. (2009). Outcomes of children adopted from Eastern Europe. *International Journal of Behavioral Development*, 33(4), 289–298.
- Monjas, I. (1999). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS)*. Madrid: Ciencia de la educación preescolar y especial.
- Mouriño-Pera, R. y Viniegra-Velázquez L. (1991). Diseño y validación de un instrumento para valorar el entorno psicosocial. *Salud Pública*, 33,8-48.
- Muhamedrahimov, R., Nikofova, N., Palmov, O. Groark C. & McCall, R. (2005). Characteristics of children, caregivers, and orphanages for young children in St. Petesburg, Russian Federation. *Applied Developmental Psychology*, 26, 477-506.
- Navarro, J., Aguilar, M. Piñero, R., Mira, E. Marchena, E. y Alcalde, C. (2005). Variables psicológicas relacionadas con la conducta antisocial en una muestra de adolescentes y jóvenes inmigrantes en privación de libertad. *Revista general de psicología general y aplicada*, 58(3), 323-332.
- Nitkowski, D., Petermann, F., Buttner, P., Krause-Leipoldt, C. & Petermann, U. (2009). Behavior modification of aggressive children in child welfare: Evaluation of a combined intervention program. *Behavior Modification*, 33(4), 474.
- Ochumbo, A. (2008). Sub-Saharan Africa's orphan crisis. Challenges and opportunities. *International Social Work*, 51(5), 682-698.
- O'Connor, T., Rutter, M., Beckett, C., Keaveey, L., Kreppner, J. & the English and Romanians Adoptees Study Team. (2000). The effects of global severe privation on cognitive competence: Extension and longitudinal follow-up. *Child Development*, 71, 376-390.

- Olivares, J., y García, L. (2002). Aplicación de la versión española de la terapia para la eficacia social en adolescentes (SET-Asv) al tratamiento de un adolescente con fobia social generalizada. *Psicología Conductual*, 10(2), 409-419.
- Organización Panamericana de la Salud (2002). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Recuperado en http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9275324220_spa.pdf
- O'Sullivan, J. & McMahon, M. (2006). Who Will Care for Me? The Debate of Orphanages versus Foster Care. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 7(2), 142- 148.
- Ortega, B., Rodríguez, B. y Ruíz, K. (2002). *Factores de personalidad en menores institucionalizados y no institucionalizados* (Tesis de licenciatura). Facultad de psicología. UNAM.México.
- Parker, E. & Short, S. (2009). Enrollment in Sub-Saharan Africa grandmother coresidence, maternal orphans, and school. *Journal of Family Issues*, 30(6), 813-837.
- Paz, G.; Sáenz, J. y Gil, F. (1999). Entrenamiento en habilidades sociales. **En F. Gil y R. León (Ed.)**, *Habilidades sociales: teoría, intervención y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Peñacoba, C., González, J., Bazo, E., Calleja, E., Chuvieco, Y., García, C., Carretero, E. y Moreno, R. (2005). Relación entre conductas antisociales y delictivas y apoyo social en adolescentes de la comunidad de Madrid. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 58(3), 365-378.
- Pösel, P.; Horn, A.; Groen, G. & Hautzinger, M. (2004). School-based prevention of depressive symptoms in adolescents: a 6-month follow-up. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(8), 1003-1010.
- Pereira, N. (1997). *El niño institucionalizado*. México: Trillas.

- Provence, S. & Lipton, R. (1969). *Infants in institutions. A comparison of their development with family reared infants during the first year of live*. New York: International Universities Press.
- Real Academia Española. (1997). *Diccionario esencial de la Real Academia Española*. Madrid: Editorial Espasa Calpe.
- Reynolds, C. y Richmond, B. (1997). *Escala de ansiedad manifiesta en niños (revisada) (CMAS-R)*. México: Manual Moderno.
- Ribes, R., Bisquerra, R., Agulló, M., Fililla, G. y Soldevila A. (2005). Una propuesta de currículo emocional en educación infantil (3-6 años). *Cultura y educación*, 17(1), 5-17.
- Rocha, A. (2003). El sistema de interacción familiar asociado a la autoestima de menores en situación de abandono moral o prostitución. Disertación doctoral no publicada, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Rosenzweig, R. y Leiman, A. (1992). *Psicología fisiológica*. Madrid: McGraw-Hill.
- Ruiz, G. (2004). *Psicoterapia de juego grupal con niños víctimas de maltrato* (Tesis de maestría) Facultad de psicología. UNAM. México.
- Salazar, S., y Terreros, E. (2010). *Modificación de conductas negativas en menores institucionalizadas mediante un programa cognitivo-conductual* (Tesis de Licenciatura) Facultad de psicología. UNAM: México.
- Salter, A. (1949). *Conditioned reflex therapy*. New York: Creative age press.
- Sánchez, A. y Casillas, L. (2003). *Orientación al logro en niños de la calle e institucionalizados de Casa Alianza* (Tesis licenciatura). Facultad de psicología. UNAM: México.

- Sandstrom, M. & Schanberg, L. (2004). Peer rejection, social behavior, and psychological adjustment in children with juvenile rheumatic disease. *Journal of Pediatric Psychology, 29*(1), 29-34.
- Savidge, C., Christie, D., Brooks, E., Stein, S. & Wolpert, M. (2004). A pilot social skills group for socially disorganized children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 9*(2), 289-296.
- Schlitz, M. & Schlitz, S. (2001). *Using direct teaching and cooperative learning to improve the social skills of students labeled as having moderate cognitive delays* (Tesis inédita de Maestría). Saint Xavier University. Chicago Illinois, USA.
- Sim, L., Whiteside, S., Dittner, C. & Mellon, M. (2006). Effectiveness of a social skills training program with school age children: transition to the clinical setting. *Journal of Children, Family and Studies, 15*, 409-418.
- Solís, A. & Montoya, J. (2007). Proceso de adaptación de personas costarricenses menores de edad ubicadas en adopción en España. *Acta Colombiana de Psicología, 10* (1), 111-122.
- Sparling, J., Dragomir, C., Ramey, S. & Florescu, L. (2005). An educational intervention improves developmental progress of young children in a romanian orphanage. *Infant mental health journal, 26*(2), 127-142.
- Spence, S., Donovan, C. & Brechman-Toussain, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: the effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement. *Journal Child Psychology & Psychiatry, 41*(6), 713-726.
- Spitz R. (1969). *El primer año de la vida del niño*. México: Fondo de cultura económica.
- Strong-Boag, V. (2007). Children of Adversity: Disabilities and child welfare in Canada from the nineteenth to the twenty-first century. *Journal of Family History, 32*(4), 413-433.

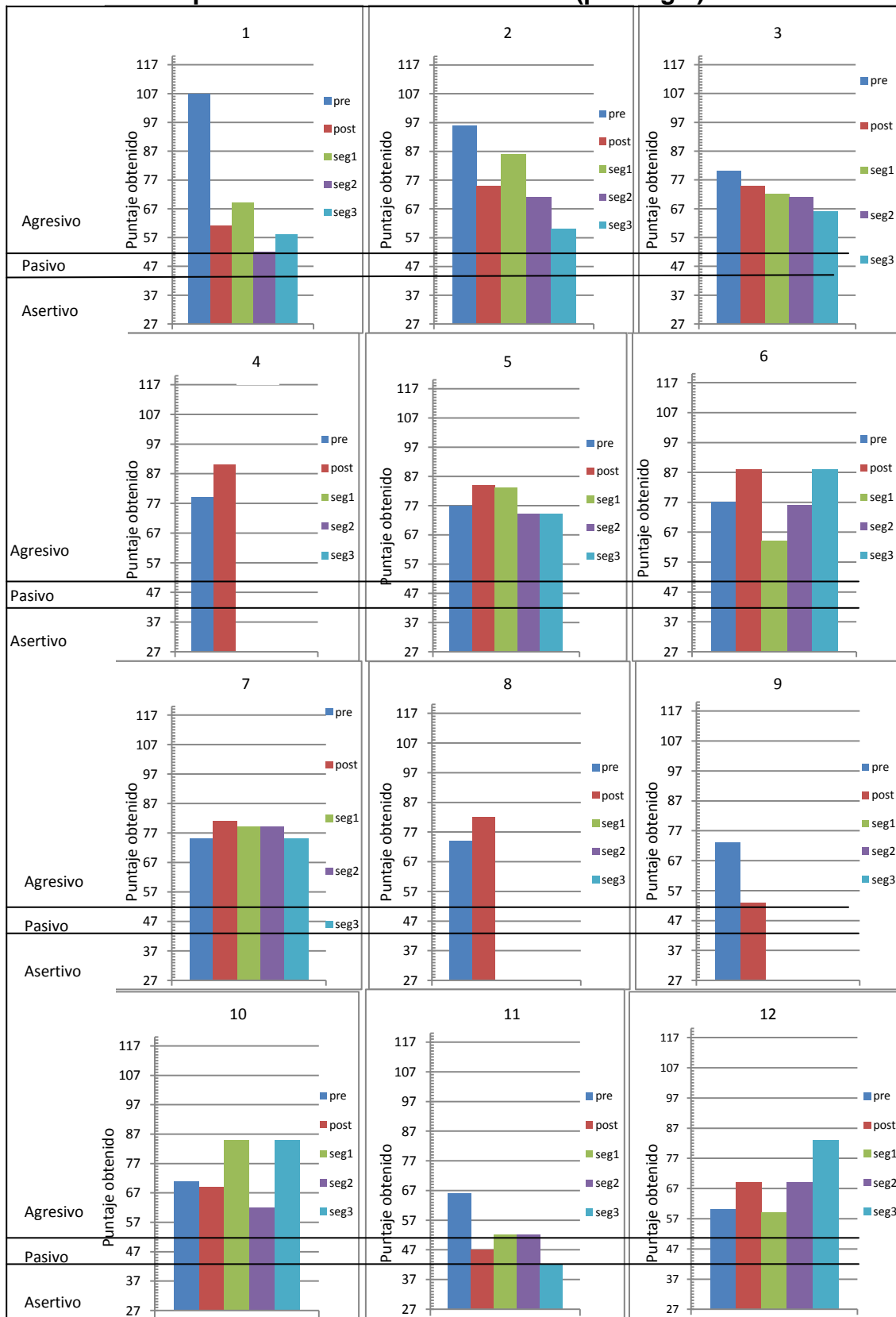
- St.Petersburg-USA Orphanage Research Team. (2005). Characteristics of children, caregivers, and orphanages for young Children in St. Petersburg, Russian federation. *Journal of applied developmental psychology: Special issue on child abandonment*, 26, 477-506.
- Sukhodolsky, D., Golub, A., Stone, E. & Orban, L. (2005). Dismantling anger control training for children: a randomized pilot study of social problem-solving versus social skills training components. *Behavior Therapy*, 36, 15-23.
- Turner, S. & Beidel, D. (2005). Multicomponent behavioral treatment for chronic combat-related posttraumatic stress disorder. *Behavioral Modification*, 29(1), 39-69.
- Ulloa, S. y Ampudia, A. (2007). *Variables sociodemográficas e indicadores emocionales en un grupo de menores institucionalizados, víctimas de maltrato*. Programa de Verano Científico. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Valencia, A. (2007). *Programa de apoyo psicosocial para niños con cáncer y sus familias* (Tesis de doctorado). Facultad de psicología. UNAM. México.
- Valles, A. (1994). *Programa de refuerzo de las habilidades sociales*. EODS: Madrid.
- Velásquez-Andrade, E. (1996). Las relaciones de apego madre-hijo. Implicaciones para la estimulación temprana con niños normales y de alto riesgo. *Revista Mexicana de Psicología*, 13(2), 159-174.
- Ventegodt, S., Flensborg-Madsen, T., Andersen, N., Morad, M. & Merrick, J. (2006). Quality of life and events in the first year of life. Results from the prospective Copenhagen birth cohort 1959-61. *Scientific World Journal*, 24(6), 106-15.

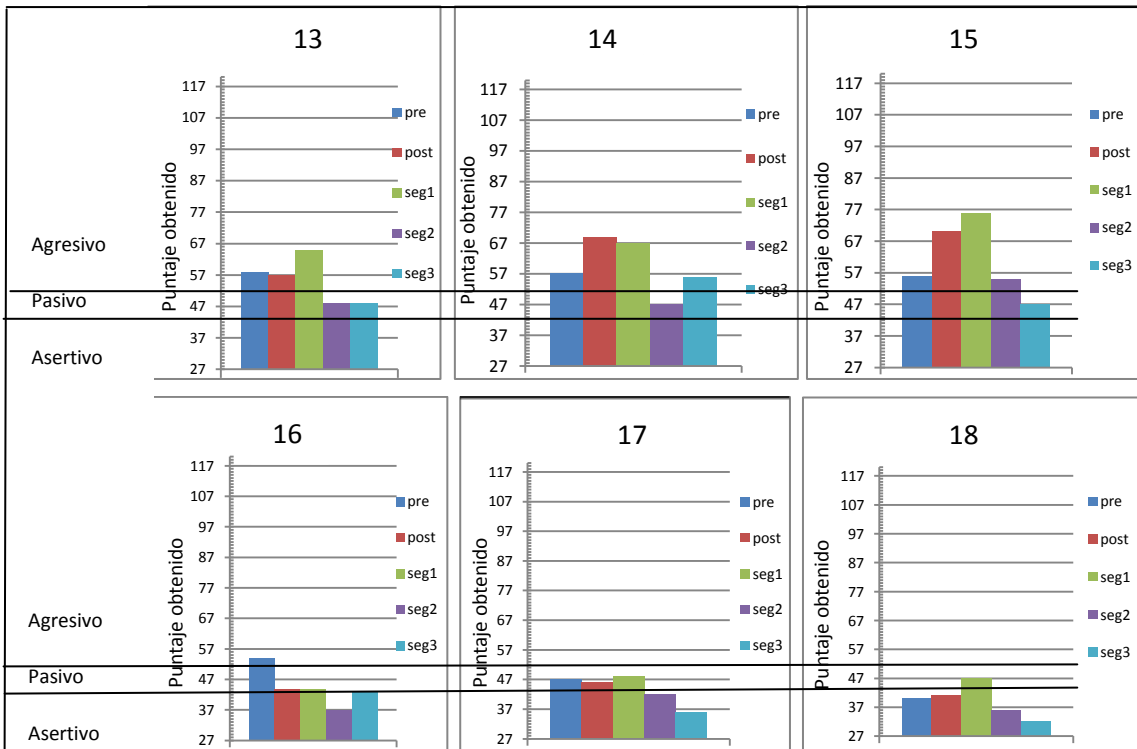
- Verduzco, A., Lara-Cantú, A., Lancelotta, G., y Rubio, S. (1989). Un estudio sobre la autoestima en niños de edad escolar: datos normativos. *Salud Mental* 12(3), 50-54.
- Verduzco, A., Lara-Cantú, A., Acevedo, M. y Cortés J. (1994). Validación del inventario de autoestima de Coopersmith para niños mexicanos. *Revista Intercontinental Psicología Educación*, 7(2) ,55–64.
- Villarreal, M., Sánchez, J., Veiga, F. & Moral, G. (2011). Contextos de desarrollo, malestar psicológico, autoestima social y violencia escolar desde una perspectiva de género en adolescentes mexicanos. *Psychosocial Intervention*, 20 (2), 171-181.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. California: Standford University press.
- Zigler, E. & Phillips, L. (1961). Social competence and outcome in psychiatric disorders. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 264-2

Anexos

Anexo 1

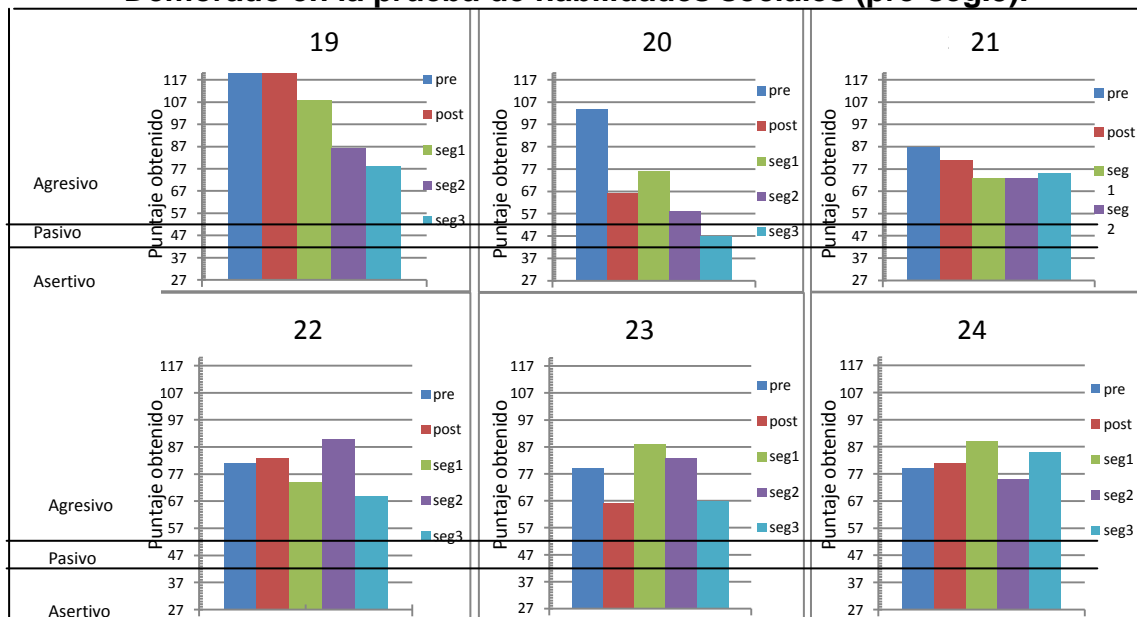
Datos individuales de los participantes del Grupo Experimental en la prueba de habilidades sociales (pre-seg.3).

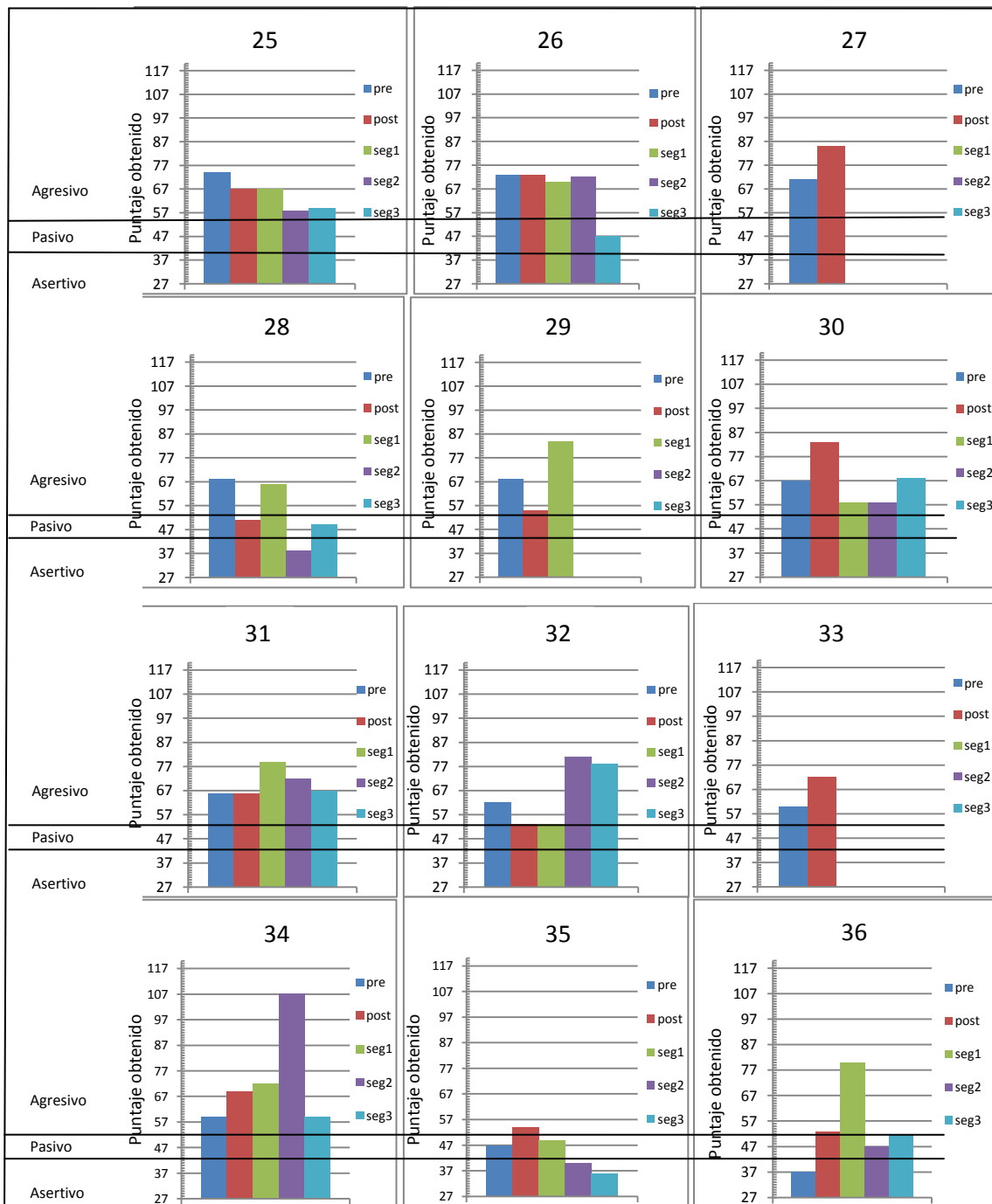




Muestra el puntaje de cada uno de los participantes del grupo Experimental en la prueba de habilidades sociales en las evaluaciones pre, post, seg1, seg2 y seg3, así como el estilo de conducta correspondiente (asertivo 0-42, pasivo 43-50 y agresivo 51-135); la escala es de tipo inverso, a menor puntaje mayor habilidad social, a mayor puntaje mayor agresividad. Se grafica a partir del 27 que es el puntaje mínimo a obtener hasta el 120 que fue el máximo obtenido.

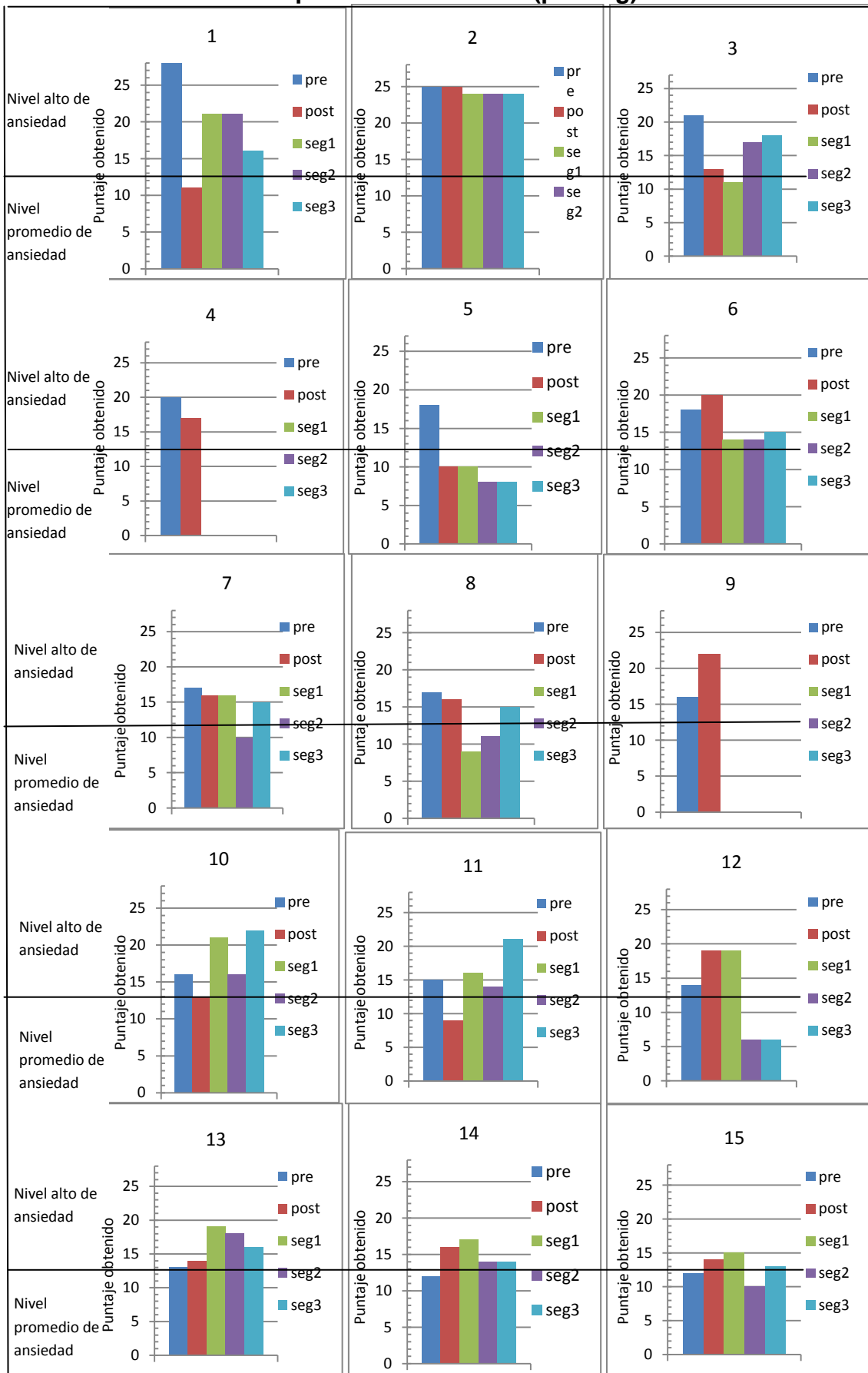
Anexo 2 Datos individuales de los participantes del Grupo Experimental Demorado en la prueba de habilidades sociales (pre-seg.3).

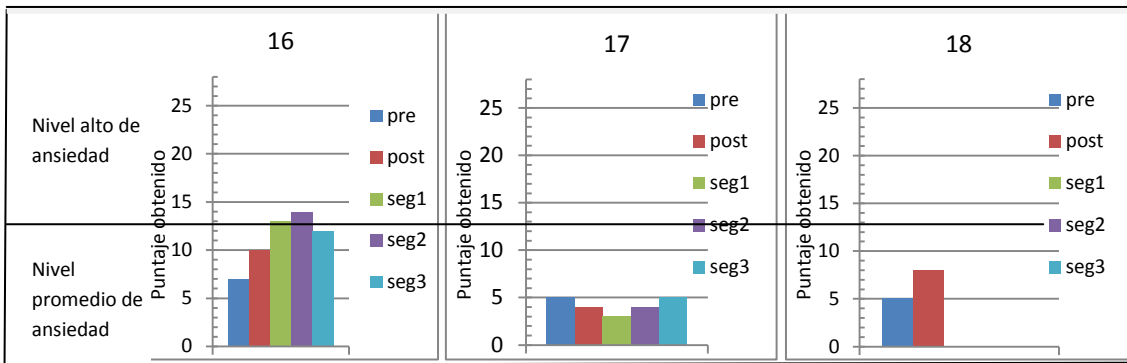




Muestra el puntaje de cada uno de los participantes del grupo Experimental Demorado en la prueba de habilidades sociales en las evaluaciones pre, post, seg1, seg2 y seg3, así como el estilo de conducta correspondiente (asertivo 0-42, pasivo 43-50 y agresivo 51-135); la escala es de tipo inverso, a menor puntaje mayor habilidad social, a mayor puntaje mayor agresividad. Se grafica a partir del 27 que es el puntaje mínimo a obtener hasta el 120 que fue el máximo obtenido.

Anexo 3. Datos individuales de los participantes del Grupo Experimental en la prueba de ansiedad (pre-seg).

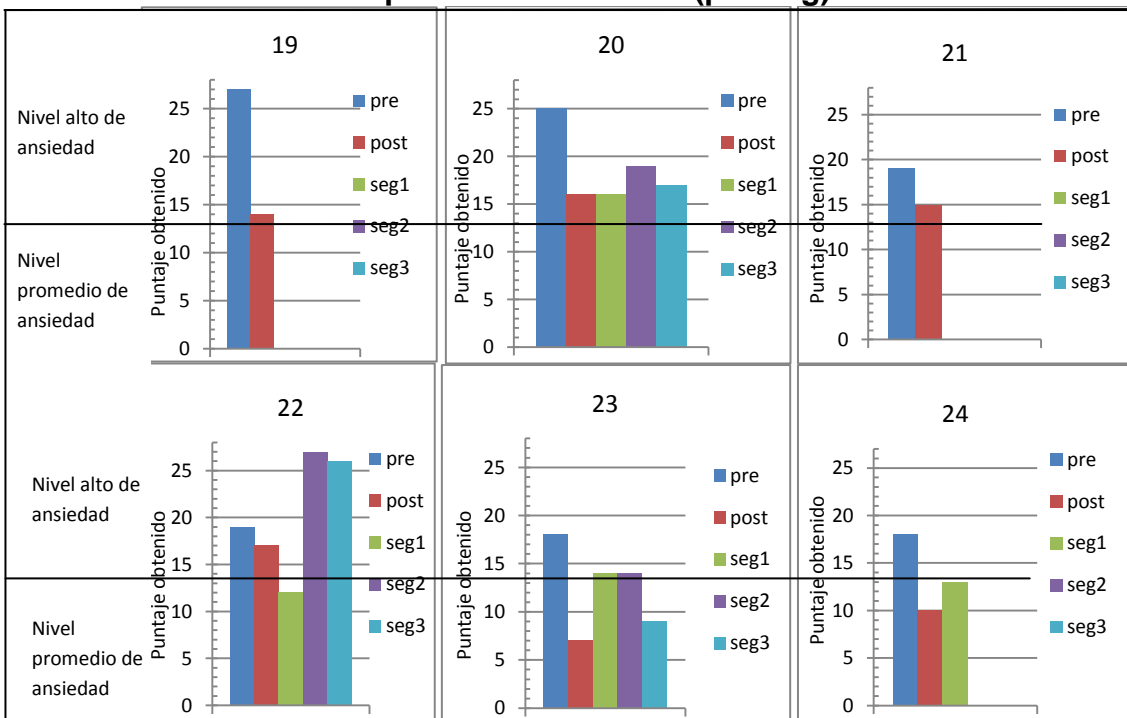


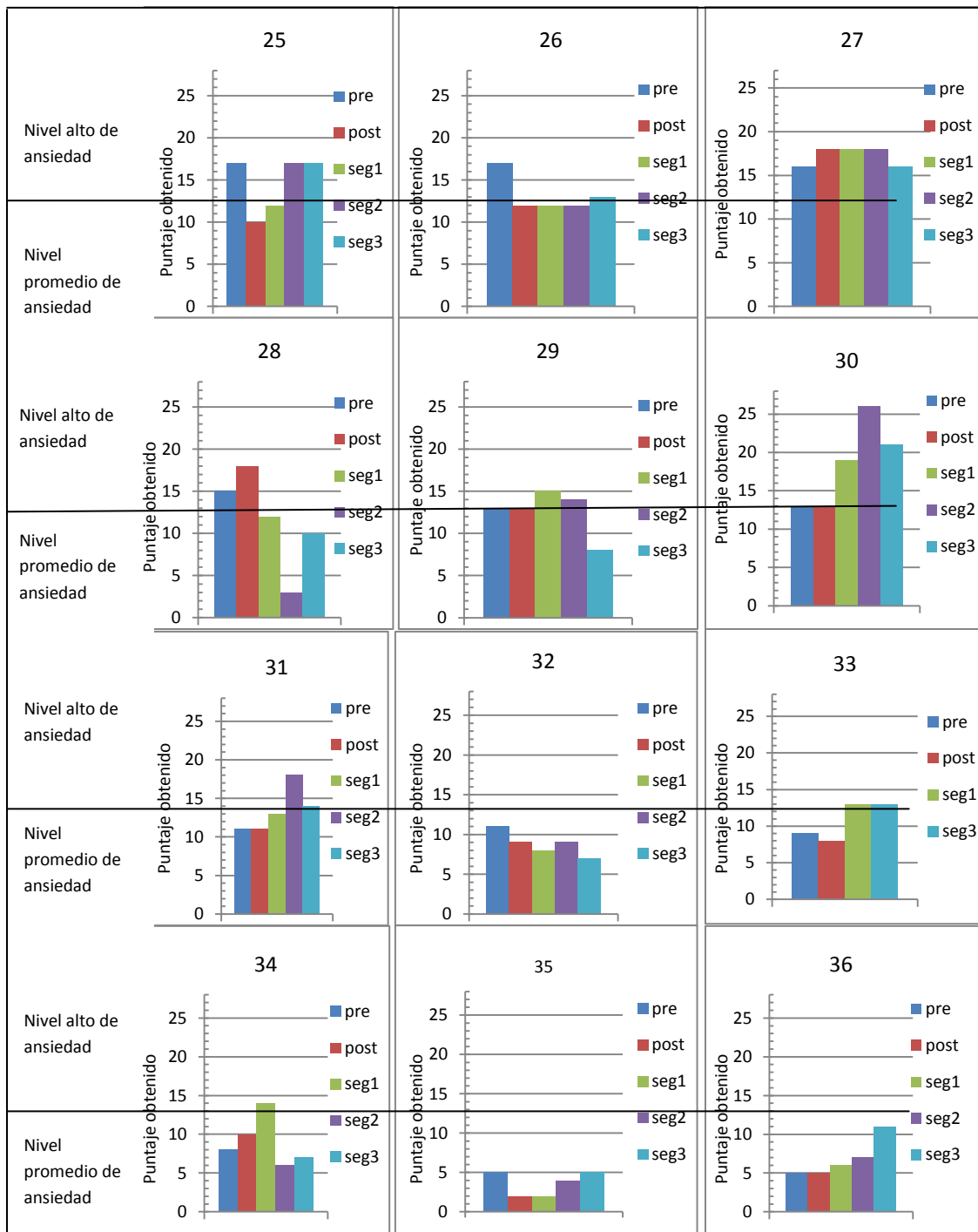


Muestra el puntaje de cada participante del Grupo Experimental en la prueba de ansiedad en las evaluaciones pre, post, seg1, seg2 y seg3 (ansiedad normal 0 a 12 puntos y ansiedad elevada 13 a 28), la escala es directa, a mayor puntaje mayor ansiedad. Se grafica el puntaje natural en una escala de 0 a 28 puntos, que es el mínimo y el máximo a obtener.

Anexo 4

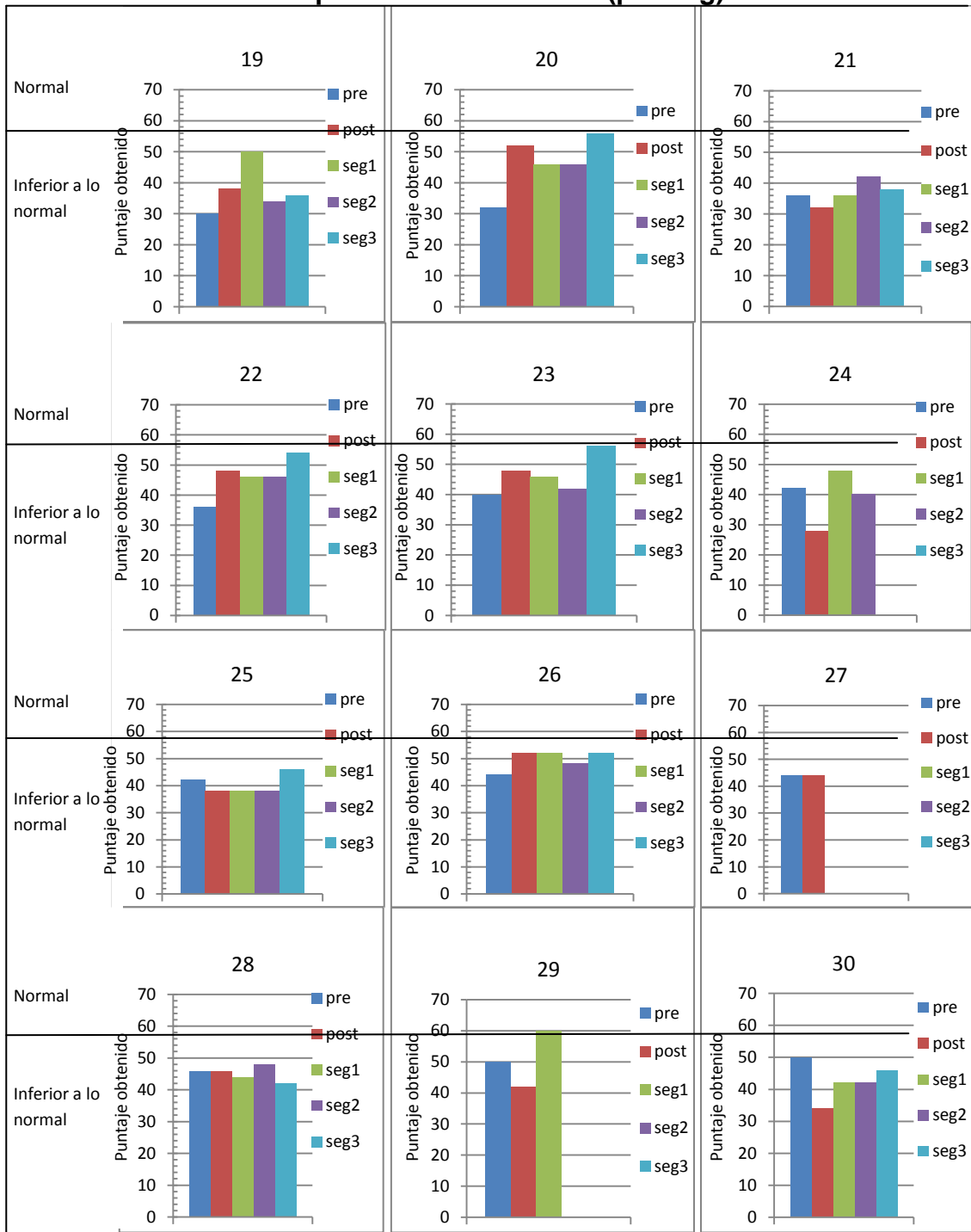
Datos individuales de los participantes del Grupo Experimental Demorado en la prueba de ansiedad (pre-seg).

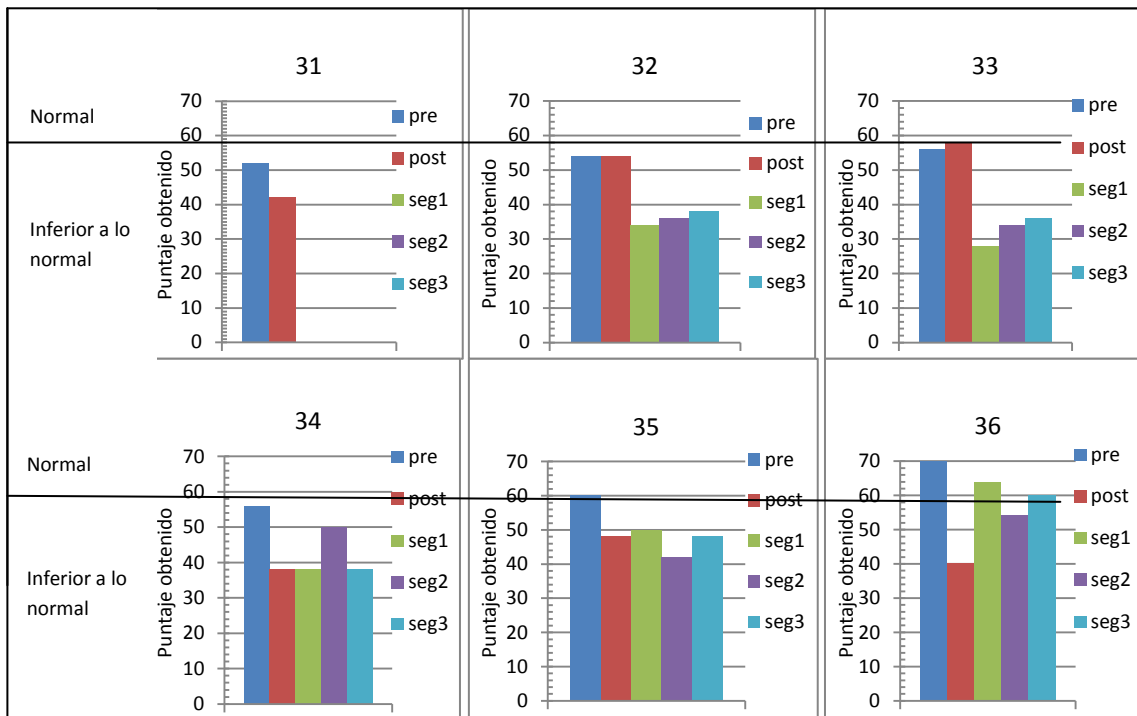




Muestra los puntajes individuales obtenidos por los participantes del Grupo Experimental Demorado en la prueba de ansiedad en las evaluaciones pre, post, seg1, seg2 y seg3, el nivel de ansiedad correspondiente al puntaje (nivel promedio de 0 a 12 puntos y nivel alto de 13 a 28). La escala es directa, a mayor puntaje mayor ansiedad. Se grafica el puntaje natural en una escala de 0 a 28 puntos, que es el mínimo y el máximo a obtener.

Anexo 5
Datos individuales de los participantes del Grupo Experimental Demorado
en la prueba de autoestima (pre-seg).





Muestra el puntaje individual obtenidos por los participantes del Grupo Experimental Demorado en el Inventario de autoestima en las evaluaciones pre, post, seg1, seg2 y seg3, así como el nivel de autoestima correspondiente al puntaje (0-57: inferior a lo normal, 58-81: normal y 82-92: superior a lo normal), es una escala directa, a menor puntuación menor autoestima, a mayor puntaje mayor autoestima.

Anexo 6

CUESTIONARIO DE HABILIDADES SOCIALES

(CABS)

MICHELSON Y WOOD

INSTRUCCIONES: Vas a responder a algunas preguntas relacionadas con lo que haces en ciertas situaciones. No hay respuesta “buenas” ni “malas”. Solamente responde lo que verdaderamente harías en la situación que se describe.

Por ejemplo:

PREGUNTA	SUBRAYA UNA DE ESTAS RESPUESTAS
¿Qué harías si otro niño o niña no te escucha cuando tú le estás hablando? Lo que normalmente harías es:	a) Le pides que escuche b) Sigues Hablando c) Dejas de hablar y pides que escuche d) Dejas de hablar y te vas e) Hablas más fuerte

De entre las 5 respuestas que aparecen a un lado de la pregunta tienes que elegir una y encerrar en un círculo la letra (a, b, c, d, e) de la respuesta que se parezca más a lo que tú acostumbras a hacer.

Si no entiendes alguna de las palabras o respuestas, pídele a quien te dio el cuestionario que te lo explique.

No olvides responder honestamente de acuerdo con la forma en que actuarías.

No hay límite de tiempo, pero deberás responder lo más rápido posible.

A continuación da vuelta a esta hoja y comienza a contestar las preguntas, después de que marques tu respuesta pasa a la siguiente pregunta.

PREGUNTAS	
1. Un niño(a) o un adulto te dice: “Creo que eres una persona agradable (buena onda)”. Lo que normalmente dirías es: a) No, no soy tan agradable	2. Un niño(a) o un adulto hace algo que crees es realmente fabuloso. Lo que normalmente le dirías es: a) “Está bien” y actúas como si no fuera tan fabuloso

<p>b) ¡Si, creo que soy el mejor!</p> <p>c) Gracias</p> <p>d) No le dices nada pero te da pena</p> <p>e) Gracias, realmente soy fabuloso</p>	<p>b) “Está bien, pero he visto cosas mejores”</p> <p>c) No dices nada</p> <p>d) “Yo puedo hacerlo mejor”</p> <p>e) “¡Eso es realmente fantástico!”</p>
<p>3. Estas haciendo algo que te gusta y piensas o crees que está muy bien. Un niño(a) o un adulto te dice: “¡ No me gusta lo qué estás haciendo!”. Lo que normalmente dirías es:</p> <p>a) “¡Eres un tonto!”</p> <p>b) “Yo creo que si está bien”</p> <p>c) “Tienes razón”, pero en verdad no estás de acuerdo</p> <p>d) “Para mí es fantástico; además ¡qué te importa!</p> <p>e) Te sientes lastimado y no dices nada</p>	<p>4. Se te olvidó algo que debiste traer y un niño(a) o un adulto dice “¡Ay, eres tan tonto que no se te olvida la cabeza porque la traes pegada!”. Lo que normalmente dirías es:</p> <p>a) “Yo soy más listo que tú; además ¡tú que sabes!”</p> <p>b) “Sí, tienes razón, a veces parezco tonto”</p> <p>c) “El tonto serás tú”</p> <p>d) “Nadie es perfecto, ¡No soy tonto sólo porque se me olvidó algo!”</p> <p>e) No dices nada o lo ignoras</p>
<p>5. Un amigo(a) con quien quedaste de verte llega 30 minutos tarde, y eso te molesta. Tu amigo(a) no te dice porque llegó tarde. Lo que normalmente le dirías es:</p> <p>a) “Me molesta que me dejes esperando así”</p> <p>b) “Me estaba preguntando a qué hora llegarías”</p> <p>c) “Es la última vez que te espero”</p> <p>d) No le diría nada</p> <p>e) “¡Eres un tonto, llegas tarde!”</p>	<p>6. Necesitas que un niño(a) o un adulto haga algo por ti. Lo que normalmente dirías es:</p> <p>a) No pediría ayuda</p> <p>b) “¡Tienes que hacer esto por mi!”</p> <p>c) “¿Me harías un favor? Y explicas qué es lo que necesitas”</p> <p>d) Das a entender que necesitas algo</p> <p>e) “Quiero que hagas esto por mi”</p>
<p>7. Un niño(a) te pide que hagas algo, que te obliga a dejar de hacer lo que te gusta mucho. Lo que normalmente</p>	<p>8. Ves a un niño(a) que te gustaría conocer. Lo que normalmente dirías es:</p>

<p>dirías es:</p> <p>a) “Tengo otra cosa que hacer; pero haré lo que quieras”</p> <p>b) “De ninguna manera, búscate a otro”</p> <p>c) “Está bien, haré lo que quieras”</p> <p>d) “¡Olvídalo y lárgate!”</p> <p>e) “Ya tengo otra caso que hacer, a lo mejor la próxima vez”</p>	<p>a) Le gritas y le dices que se te acerque</p> <p>b) Te acercas, te presentas y comienzas a conversar</p> <p>c) Caminas hacia ese niño(a) y esperas a que te dirija la palabra</p> <p>d) Te le acercas y empiezas a hablar de las grandes cosas que has logrado</p> <p>e) No le dices nada</p>
<p>9. Un niño(a) que no conoces te para y te dice “hola”. Lo que normalmente dirías es:</p> <p>a) “¿Qué quieres?”</p> <p>b) No dices nada</p> <p>c) “No me molestes ¡Quítate!”</p> <p>d) “Le contestas el saludo, te presentas y le preguntas ¿Cómo te llamas?”</p> <p>e) Agacharías la cabeza, le contestas el saludo y te alejas</p>	<p>10. Sabes que tu amigo(a) está enojado(a). Lo que normalmente dirías es:</p> <p>a) “Te ves enojado(a) ¿Te puedo ayudar?”</p> <p>b) Te quedas con esa persona pero no hablas de su enojo</p> <p>c) Le preguntas ¿Qué te pasa?</p> <p>d) No dirías nada y lo dejas en paz</p> <p>e) Te ríes y le dices “¡Eres un bebé berrinchudo!”</p>
<p>11. Estás enojado(a) y un adulto dice, “te ves enojado”. Lo que normalmente dirías es:</p> <p>a) Te das la vuelta y te alejas o no dices nada</p> <p>b) “¡Qué te importa, no es asunto tuyo!”</p> <p>c) “Sí, estoy enojado, gracias por preguntarme”</p> <p>d) “No es nada”</p> <p>e) “Sí, estoy enojado, déjame en paz”</p>	<p>12. Un niño(a) a un adulto comete un error y te echa la culpa. Lo que normalmente dirías es:</p> <p>a) “¡Estás loco!”</p> <p>b) “Yo no fui, fue otra persona”</p> <p>c) “No creo que sea mi error”</p> <p>d) Yo no fui, ¡No sabes lo que dices!</p> <p>e) Te echas la culpa y no dices nada</p>

<p>13. Un niño(a) o un adulto te pide que hagas algo, y tú no sabes por qué se tiene que hacer. Lo que normalmente dirías es:</p> <p>a) “Esto no tiene ningún sentido. No quiero hacerlo”</p> <p>b) Haces lo que te pide y te quedas callado</p> <p>c) “Esto es tonto ¡No lo voy hacer!”</p> <p>d) “Si eso es lo que quieres” y luego lo haces</p>	<p>14. Un niño(a) o un adulto de dice que hiciste algo magnífico. Lo que normalmente dirías es:</p> <p>a) “Sí, generalmente soy mejor que los demás”</p> <p>b) “No, no es muy bueno”</p> <p>c) “Sí, así es, porque soy el mejor”</p> <p>d) “Gracias”</p> <p>e) Lo ignoras y no dices nada</p>
<p>15. Un niño(a) o un adulto ha sido muy bueno y amable contigo. Lo que normalmente dirías es:</p> <p>a) “Has sido muy amable conmigo, gracias”</p> <p>b) Actúas como si no hubiera sido nada amable contigo y dices “Bueno, gracias”</p> <p>c) “Me has tratado bien, pero merezco ser tratado mejor”</p> <p>d) Lo ignoras y no dices nada</p> <p>e) “¡No me has tratado suficientemente bien!”</p>	<p>16. Estás hablando en voz alta con un amigo (a), un niño(a) o un adulto te dice “Perdón, pero estas haciendo demasiado ruido”. Lo que normalmente dirías es:</p> <p>a) Dejas de hablar inmediatamente</p> <p>b) “Pues si no te gusta “¡Vete!” y sigues hablando en voz alta</p> <p>c) Perdón, hablaré más quedito y entonces hablas en voz baja</p> <p>d) “Perdón” y dejas de hablar</p> <p>e) “Está bien” y sigues hablando en voz alta</p>
<p>17. Estás formando una fila y un niño(a) se mete delante de ti. Lo que normalmente dirías es:</p> <p>a) En silencio piensas cosas tales como “que gente tan mal educada”, sin decirle nada</p> <p>b) ¡Oye, vete al final de la fila!</p> <p>c) No le dices nada pero te hace sentir enojado</p>	<p>18. Un niño(a) o un adulto hace algo que no te gusta y esto te hace enojar mucho. Lo que normalmente dirías es:</p> <p>a) Le gritas “¡Eres odioso!”</p> <p>b) Decir “estoy enojado contigo, no lo vuelvas a hacer”</p> <p>c) Te sientes dolido por lo que te hizo, pero no le dices nada a la persona</p>

<p>d) Dices en voz alta “salte de la fila”</p> <p>e) “Yo llegué primero, por favor fórmate al final de la fila”</p>	<p>d) Decir “estoy enojado ¡No me caes bien!”</p> <p>e) Ignoras lo que te hizo y no dices nada a la persona</p>
<p>19. Un niño(a) o un adulto tiene algo que quieres usar. Lo que normalmente dirías es:</p> <p>a) Le dices “¡Dámelo!”</p> <p>b) No lo pides</p> <p>c) Lo tomas</p> <p>d) Le dices a la persona que te gustaría usarlo y se lo pides</p> <p>e) Haces el comentario de que te gustaría usarlo, pero no se lo pides</p>	<p>20. Un niño(a) o un adulto te pide algo prestado, pero es nuevo y no lo quieres prestar. Lo que normalmente dirías es:</p> <p>a) “Es nuevo y no lo quiero prestar, a lo mejor otro día”</p> <p>b) “No quisiera, pero lo puedes usar”</p> <p>c) “¡No, ve a conseguirte el tuyo!”</p> <p>d) Se lo das aunque realmente no quieras</p> <p>e) “¡Estás loco!”</p>
<p>21. Unos niños(as) están hablando de algo que les gusta mucho hacer y que a ti te interesa, quieres participar y decir algo. Lo que normalmente dirías es:</p> <p>a) No dices nada</p> <p>b) Interrumpes y comienzas a decirles lo bueno que eres en eso que les gusta mucho hacer</p> <p>c) Te acercas y entras a la conversación cuando tienes oportunidad</p> <p>d) Te acercas a las personas y esperas hasta que te ven</p> <p>e) Interrumpes y comienzas a hablar de lo mucho que te gusta a ti también</p>	<p>22. Estas realizando algo que te gusta mucho hacer y un niño(a) o un adulto te pregunta “¿Qué estás haciendo?”</p> <p>Lo que normalmente dirías es:</p> <p>a) “Este..... algo” o “este.... nada”</p> <p>b) “No me molestes. No ves que estoy ocupado”</p> <p>c) Sigues con lo que estás haciendo y no dices nada</p> <p>d) “¡No es asunto tuyo!”</p> <p>e) Haces una pausa y explicas lo que estás haciendo</p>

<p>23. Ves a un niño(a) o un adulto tropezar y caerse. Lo que normalmente dirías es:</p> <p>a) Te ríes y dices ¿Por qué no ves por dónde vas?</p> <p>b) Preguntas “estás bien, ¿Te puedo ayudar?”</p> <p>c) Preguntas “¿Qué te pasó?”</p> <p>d) “Ni modo fue un accidente”</p> <p>e) No haces nada y lo ignoras</p>	<p>24. Accidentalmente te das un golpe en la cabeza. Un niño(a) o un adulto dice ¿Estás bien? Lo que normalmente dirías es:</p> <p>a) “¡Estoy bien, déjame en paz!”</p> <p>b) No dices nada y lo ignoras</p> <p>c) “¡A ti qué te importa!”</p> <p>d) “Me pegué, me dolió pero estoy bien, gracias”</p> <p>e) “No me paso nada, estoy bien”</p>
<p>25. Cometes un error y otro niño(a) es culpado(a) por tu error. Lo que normalmente dirías es:</p> <p>a) No dices nada</p> <p>b) Le echarías la culpa” ¡Es su error!”</p> <p>c) Dirías que tú fuiste “Fue mi error”</p> <p>d) Dirías que tal vez ese niño(a) no fue, pero no dices quién lo hizo</p> <p>e) Dirías “¡Eso es mala suerte!”</p>	<p>26. Te sientes insultado por algo que dijo un niño(a) o un adulto sobre ti. Lo que normalmente dirías es:</p> <p>a) Te alejas de quien lo dijo, te sientes molesto pero no le dices</p> <p>b) Le pides que no lo vuelva a hacer</p> <p>c) No le dices nada aunque te sientas insultado</p> <p>d) Te defiendes y lo insultas</p> <p>e) Le dices que no te gusta lo que dijo y le pides que no lo vuelva a hacer</p>
<p>27. Un niño(a) o un adulto interrumpe a cada rato cuando estás hablando. Lo que normalmente dirías es:</p> <p>a) “Disculpa, pero quiero terminar de decir lo que estaba diciendo”</p> <p>b) “Esto no es justo ¡No me dejas hablar!”</p> <p>c) Empiezas a hablar otra vez e interrumpes a la otra persona</p> <p>d) No dices nada y dejas que la persona continué hablando</p> <p>e) “¡Cállate, estoy hablando!”</p>	

Anexo 7

ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA EN NIÑOS

(CMAS-R)

REYNOLDS Y RICHMOND

A continuación vas a encontrar algunas oraciones que dicen cómo piensan y sienten los niños. Lee con cuidado cada oración. Marca con una X en el cuadro lo que mejor te describa.

Si piensas que así eres marca "S".

Si piensas que no tiene ninguna relación contigo encierra en un círculo la palabra "NO".

Contesta todas las preguntas aunque en algunas sea difícil tomar una decisión. NO marques SI y NO en la misma pregunta, es decir, solo debes elegir una opción. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Solo tú puedes decirnos como piensas y sientes respecto a ti mismo. Recuerda: después de que leas cada oración pregúntate "¿Así soy?" Si es así, encierra en un círculo **SÍ**. Si no es así marca **NO**.

No.	REACTIVO	SÍ	NO
1	Me cuesta trabajo tomar decisiones		
2	Me pongo nervioso cuando las cosas no me salen como quiero		
3	Las cosas son más fáciles para los demás que para mi		
4	Todas las personas que conozco me caen bien		
5	Muchas veces siento que me falta el aire		
6	Casi todo el tiempo estoy preocupado		
7	Muchas cosas me dan miedo		
8	Siempre soy amable		
9	Me enojo con mucha facilidad		
10	Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir		
11	Siento que a los demás les gusta como hago las cosas		
12	Siempre me porto bien		
13	En las noches, me cuesta trabajo quedarme dormido		

14	Me preocupa lo que la gente piense de mi		
15	Me siento solo aunque esté acompañado		
16	Siempre soy bueno		
17	Muchas veces siento asco o náuseas		
18	Soy muy sentimental (sensible)		
19	Me sudan las manos		
20	Siempre soy agradable con todos		
21	Me canso mucho		
22	Me preocupa el futuro		
23	Los demás son más felices que yo		
24	Siempre digo la verdad		
25	Tengo pesadillas		
26	Me siento muy mal cuando se enojan conmigo		
27	Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal		
28	Me enojo con facilidad		
29	Algunas veces me despierto asustado		
30	Me siento preocupado cuando me voy a dormir		
31	Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares		
32	Digo cosas que no debo decir		
32	Me muevo mucho en mi asiento		
33	Soy muy nervioso		
34	Muchas personas están contra mi		
35	Digo mentiras		
36	Me preocupa que algo malo me pase		

Anexo 8

CUESTIONARIO DE DEPRESION PARA NIÑOS

(CDS)

LANG Y TISHER

INSTRUCCIONES: A continuación te presentamos unas frases que otros niños han contestado, diciendo cómo piensan o cómo sienten, si están de acuerdo o no sobre lo que se dice en esas frases.

Lee con cuidado cada una de las frases y **MARCA CON UNA X** sobre los cuadros del 1 al 5 la respuesta que tú piensas que dice como te sientes.

Puedes elegir tus respuestas de acuerdo a los criterios que se señalan en la siguiente tabla:

- -	- +	+/-	+	++
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy seguro	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	2	3	4	5

Si estás **MUY DE ACUERDO** con eso, como ++, puedes marcar el cuadro en el número 5

Si estás **DE ACUERDO**, como + puedes marcar en cuadro en el número 4

Si **NO ESTAS SEGURO** entre estar de acuerdo o en desacuerdo, como si fuera algo entre + y – puedes marcar el cuadro en el número 3

Si estás **EN DESACUERDO**, como – puedes marcar en el cuadro número 2

Si estás **MUY EN DESACUERDO** como - - puedes marcar en el cuadro número 1

Para que veas cómo se contesta voy a ponerte un ejemplo:

	1	2	3	4	5
Me gusta las visitas a los museos					X

Simplemente intenta contestar según lo que sientes o piensas en este momento sobre la frase.

No.	REACTIVO	1	2	3	4	5
1	Me siento alegre la mayor parte del tiempo					
2	Muchas veces me siento mal en la escuela					
3	A menudo pienso que nadie se preocupa por mi					
4	A menudo creo que valgo poco					
5	Me despierto a menudo durante la noche					
6	Pienso muchas veces que estoy mal con mi madre/padre					
7	Creo que se sufre mucho en la vida					
8	Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago					
9	Siempre creo que el día siguiente será mejor					
10	A veces me gustaría estar ya muerto					
11	Me siento solo muchas veces					
12	Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo					
13	Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco					
14	A veces creo que mi madre/padre hace o dice cosas que me hacen pensar que he hecho algo terrible					
15	Me pongo triste cuando alguien se enfada conmigo					
16	Muchas veces mi madre/padre me hace sentir que las cosas que hago son muy buenas					
17	Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en la escuela					
18	Estando en la escuela, muchas veces me dan ganas de llorar					
19	A menudo soy incapaz de mostrar lo desgraciado que me siento por dentro					
20	Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento					
21	La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada					
22	A veces pienso que lo que hago puede molestar o hacer enojar a mi madre/padre					

23	Cuando me enojo mucho casi siempre termino llorando					
24	En mi familia todos nos divertimos mucho juntos					
25	Me divierto con las cosas que hago					
26	Frecuentemente me siento desgraciado/triste/desdichado					
27	Muchas veces me siento solo y como perdido en la escuela					
28	A menudo me odio a mi mismo					
29	Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas					
30	Frecuentemente pienso que merezco ser castigado					
31	A menudo me siento desgraciado por causa de mis tareas escolares					
32	Cuando alguien se enfada conmigo yo me enfado con él					
33	Casi siempre la paso bien en la escuela					
34	A veces pienso que no vale la pena vivir la vida					
35	La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende					
36	A menudo me avergüenzo de mi mismo					
37	Muchas veces me siento muerto por dentro					
38	A veces estoy preocupado porque no amo a mi madre/padre como debería					
39	A menudo la salud de mi madre me preocupa/inquieta					
40	Creo que mi madre/padre está muy orgulloso de mi					
41	Soy una persona muy feliz					
42	Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado					
43	Nadie sabe lo desgraciado que me siento por dentro					
44	A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala					
45	Estando en la escuela me siento cansado casi todo el tiempo					

46	Creo que los demás me quieren, aunque no lo merezca					
47	A veces sueño que tengo un accidente o me muero					
48	Pienso que no es nada malo enfadarse					
49	Creo que tengo buena presencia y soy atractivo					
50	Algunas veces no sé por qué me da ganas de llorar					
51	A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie					
52	Cuando fallo en la escuela pienso que no valgo para nada					
53	A menudo imagino que me hago heridas o que me muero					
54	A veces creo que hago cosas que ponen enfermo a mi madre/padre					
55	Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero					
56	Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche					
57	Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer					
58	Creo que mi vida es desgraciada					
59	Cuando estoy fuera de casa me siento como vacío					
60	La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser					
61	A veces me siento mal porque no amo y escucho a mi madre/padre como se merece					
62	Pienso a menudo que no voy a llegar a hacer nada en la vida					
63	Tengo muchos amigos					
64	Utilizo mi tiempo haciendo con mi padre cosas muy interesantes					
65	Hay mucha gente que se preocupa bastante por mi					
66	A veces creo que dentro de mi hay dos personas que me empujan en distintas direcciones					

Anexo 9

INVENTARIO DE AUTOESTIMA INFANTIL

COOPERSMITH

INSTRUCCIONES: Vas a responder algunas preguntas relacionadas con lo que haces o piensas en ciertas situaciones. No hay respuestas “buenas” ni “malas”. Solamente responde lo que verdaderamente harías o pensarías en la situación que se describe.

Por favor, marca cada oración de la siguiente manera:

Si la oración dice como te sientes, casi siempre, MARCA pon una cruz (x) debajo de Sí.

Si la oración NO dice como te sientes, casi siempre, MARCA pon una cruz (x) debajo de NO.

No.	Pregunta	SÍ	NO
1	Me gusta mucho soñar despierto		
2	Me siento muy seguro de mi mismo		
3	Muchas veces me gustaría ser otra persona		
4	Le caigo bien a la gente		
5	Mis padres y yo nos divertimos mucho cuando estamos juntos		
6	Soy despreocupado		
7	Me cuesta mucho hablar enfrente de la clase		
8	Me gustaría ser más chico		
9	Me gustaría poder cambiar mucha cosas de mí		
10	Puedo escoger fácilmente lo que quiero		
11	Soy simpático		
12	En casa me enojo fácilmente		
13	Siempre hago lo que está bien		
14	Me gusta como hago el trabajo en la escuela		
15	Necesito que alguien me diga lo que tengo que hacer		
16	Me cuesta trabajo acostumbrarme a lo nuevo		

17	Muchas veces me arrepiento de las cosas que hago		
18	Casi todos mis compañeros me escogen para jugar		
19	A mis papás les importa mucho lo que yo siento		
20	Siempre estoy contento		
21	Hago mi trabajo lo mejor que puedo		
22	Me doy fácilmente por vencido		
23	Generalmente me cuido solo		
24	Soy muy feliz		
25	Prefiero jugar con niños más chicos que yo		
26	Mis padres me piden que haga más de lo que puedo		
27	Me cae bien toda la gente que conozco		
28	Me gusta que me pregunten en clase		
29	Yo entiendo como soy		
30	Odio como soy		
31	Mi vida es muy difícil		
32	Mis compañeros hacen casi siempre lo que yo les digo		
33	En casa me ignoran		
34	Me regañan muy poco		
35	Me gustaría hacer mejor el trabajo de la escuela		
36	Cuando escojo hacer algo, lo hago		
37	Me disgusta ser hombre (mujer)		
38	Me choca mi manera de ser		
39	Me choca estar con otras personas		
40	Muchas veces me gustaría irme de mi casa		
41	Pocas veces me da vergüenza		
42	Me disgusta la escuela		
43	Muchas veces me avergüenzo de mí		
44	Soy más feo que los demás		
45	Siempre digo lo que quiero		
46	A los niños les gusta molestarte		
47	Mis padres me comprenden		
48	Siempre digo la verdad		
49	Mi maestro me hace sentir que soy inútil		

50	Me da igual lo que me pase		
51	Todo lo hago mal		
52	Me molesta mucho que me regañen		
53	A los demás los quieren más que a mí		
54	Mis padres son muy exigentes		
55	Siempre sé que contestarle a la gente		
56	Me aburre la escuela		
57	Los problemas me afectan muy poco		
58	Quedo muy mal cuando me encargan algo		