



31261

10
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CAMPUS IZTACALA

**ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES PARA
ADOLESCENTES DE SECUNDARIA COMO UNA ALTERNATIVA
PARA LA REDUCCIÓN DE LA DEPRESIÓN: UN ESTUDIO
LONGITUDINAL**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRIA EN

MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

P R E S E N T A:

MA. TERESA VILCHIS GARCÍA

DIRECTORA DE TESIS:

MTRA. MARIA REFUGIO RÍOS SALDAÑA

DICTAMINADORES:

MTRA. LAURA EDNA ARAGÓN BORJA

DR. ARTURO SILVA RODRIGUEZ

1759715

LOS REYES IZTACALA, MARZO DE 1999

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

PAGINACION

DESCONTINUA

Para Iliana Paola y Arquímides:

Mis hijos, mis amores, mis amigos, mis compañeros, mis cómplices...
mi todo.

Porque gracias a su amor y confianza un sueño más se hizo realidad.

Para Jorge: Mi compañero y amigo.

Porque su amor y paciencia me impulsaron para compartir lo que
aprendimos juntos.

Porque me enseñó a vivir con fe y esperanza.

A mis amigos Alejandro y Silvia.
Porque su amistad y apoyo incondicional fortalecen mi espíritu.
¡Gracias por compartir conmigo alegrías y tristezas!

Con especial cariño y agradecimiento a mi maestra y amiga
Ana Maritza Landázuri O.
por su generosa y considerada amistad con la que me distinguen.

Para el Ing. Arquímedes Estrada Mtz.
con gran afecto y sincero reconocimiento.

¶ la Mtra. Ma. Refugio Ríos Saldaña.

Mil gracias por su esmerado esfuerzo y paciencia en la dirección de este trabajo; porque con su motivación constante en cada una de las etapas del mismo, hizo posible la culminación de lo anhelado.

¶ mis sinodales:

Dr. Arturo Silva Rodríguez
Mtra. Laura Edna Aragón Borja
Mtra. Ana Maritza Landázuri Ortíz
Mtro. Luis Fernando González Beltrán

Por sus valiosas y acertadas aportaciones que dieron una conformación final al objetivo propuesto.

¶ Profr. Leonel Silva Mesa,
Director De la Esc. Sec. No. 8,
por el apoyo y las facilidades brindadas para la realización de esta investigación.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	i
RESUMEN	ii
INTRODUCCIÓN	iii
CAPÍTULO UNO: LA ADOLESCENCIA	1
1. Conceptualizaciones 3	
2. Teorías de la adolescencia 5	
2.1. Teorías del campo de Lewin 6	
2.2. Teoría antropológica 7	
2.3. Teoría biogenética de Stanley Hall 8	
2.4. Teoría del desarrollo de A. Gesell 8	
2.5. Teoría psicoanalítica 9	
2.6. Teoría del desarrollo de Erikson 10	
2.7. Teoría del desarrollo cognoscitivo de Piaget 11	
2.8. Teorías conductistas 12	
2.9. Recapitulación 12	
3. Problemas de conducta en la adolescencia 13	
CAPÍTULO DOS: LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA	17
1. Definición 18	
2. Causas de la depresión en la adolescencia 20	
2.1. Modelo biológico 20	
2.2. Paradigma psicoanalítico 21	
2.3. Modelo de la escuela sociológica 22	
2.4. Las teorías conductuales 23	
2.5. Las teorías cognitivo-conductuales 23	
2.5.1. Modelo de la depresión de A. T. Beck 24	
3. Factores predisponentes de la depresión 26	
CAPÍTULO TRES: HABILIDADES SOCIALES Y DEPRESIÓN	28
1. Fundamentos conceptuales y definición de las habilidades sociales 29	
2. Modelos explicativos de las habilidades sociales 32	

- 2.1 Modelo etológico 32
- 2.2 Modelo de los rasgos 32
- 2.3 Modelo molecular 33
- 2.4 Modelo antropomórfico 34
- 2.5 Modelo de los scripts 34
- 2.6 Modelo generativo 34
- 2.7 Modelo del aprendizaje social 3
- 2.8 Modelo de análisis de tareas 35
- 3. Adquisición de las habilidades sociales 37
- 4. Estudios realizados sobre la relación entre las habilidades sociales y la depresión 39
- 5. Clasificación de las habilidades sociales: Tipos de respuesta 41
- 6. Componentes conductuales de las habilidades sociales 42

**CAPÍTULO CUATRO:
ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES. METODOLOGÍA 44**

- 1. Origen y desarrollo 45
- 2. Aproximación conceptual 46
- 3. Entrenamiento grupal de habilidades sociales 49
 - 3.1. Condiciones de aplicación 51
 - 3.2. Ámbitos de aplicación 53
- 4. El Aprendizaje Estructurado 54
 - 4.1. Proceso de aplicación 57
 - 4.2. Aprendizaje Estructurado para adolescentes de secundaria 58
- 5. Aspectos metodológicos 60

**CAPÍTULO CINCO:
REPORTE DE INVESTIGACIÓN. RESULTADOS. 70**

- 1. Evaluación pretest y análisis de la relación entre las habilidades sociales y la depresión 71
- 2. Análisis de la relación entre habilidades sociales y depresión en la muestra experimental 73
- 3. Comparaciones post-entrenamiento de los grupos experimentales y control 75
- 4. Evaluación de seguimiento 83
- 5. Análisis cualitativo del programa de entrenamiento 88

**CAPÍTULO SEIS:
CONCLUSIONES 90**

- 1. De la relación entre las habilidades sociales y la depresión 91
- 2. De la relevancia del programa de entrenamiento de habilidades sociales 92
- 3. Del estudio longitudinal 94
- 4. Recomendaciones 95

BIBLIOGRAFÍA 98

APÉNDICE A	106
A-I Escala de Habilidades Sociales para Adolescentes (E.H.S.A.) de Ríos (1994). Hoja de respuestas. 107	
A-II Relación de los puntajes totales de las habilidades sociales y la depresión en la muestra de estudio. 114	
APÉNDICE B	116
Inventario de Depresión para Niños (CDI) de Kovacs (1977). Hoja de respuestas. 117	
APÉNDICE C	121
C-I Descripción de los componentes verbales y no verbales de las habilidades sociales entrenadas en el programa. 122	
C-II Carta descriptiva del programa de entrenamiento de las habilidades sociales. 126	
C-III Consignas empleadas para las habilidades entrenadas. 128	
APÉNDICE D	129
Formas de registro 1, 2, 3, 4 y 5 para el programa de entrenamiento. 130	
APÉNDICE E	138
Reportes evaluativos de los integrantes del programa de entrenamiento. 139	

PRESENTACIÓN

La ENEP-IZTACALA a través de la Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y Educación (UIICSE), cuenta con un Proyecto de Educación para la Salud (PES), que se dedica al estudio, comprensión y prevención de los problemas sociales y comunitarios. Dicho proyecto se divide a su vez en varias sublíneas. El presente trabajo forma parte de las actividades desarrolladas en la línea de "Salud Comunitaria y Prevención Social", cuyas investigaciones tienen como objetivos generales:

- I. La detección de problemas conductuales en poblaciones de niños, adolescentes y adultos.
- II. La construcción de una metodología para la evaluación e intervención para la modificación de trastornos conductuales.
- III. Contribuir al desarrollo de una tecnología conductual preventiva.
- IV. Formación de recursos humanos para la capacitación y/o creación de multiplicadores de la intervención.

El presente estudio: "ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES PARA ADOLESCENTES DE SECUNDARIA COMO UNA ALTERNATIVA PARA LA REDUCCIÓN DE LA DEPRESIÓN: UN ESTUDIO LONGITUDINAL.", pretende detectar y evaluar los niveles de depresión en los adolescentes dentro de las escuelas de Enseñanza Media Básica y su relación con el manejo de las habilidades sociales, a fin de proponer un programa de intervención preventivo o correctivo de este problema de conducta a través del entrenamiento para el desarrollo de las habilidades sociales. En este sentido, el proyecto se inserta en uno de los objetivos específicos del proyecto general: La construcción de estrategias de intervención en adolescentes.

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo el diseño y aplicación de un programa de entrenamiento para el desarrollo de habilidades sociales, alternativas al comportamiento depresivo en adolescentes de secundaria, quienes en evaluación presentaron déficit en estas conductas, y una relación con la presencia de trastornos depresivos.

Mediante la Escala de Habilidades Sociales para Adolescentes de Ríos (1994), y el Inventario de Depresión para Niños de Kovacs (1977) se evaluaron 50 adolescentes. Después de analizar la relación entre ambas variables, se seleccionaron 24 adolescentes de los 50 evaluados que presentaron déficit en el manejo de los repertorios prosociales y niveles moderado y severo de depresión. Los jóvenes se distribuyeron equitativamente, y de manera aleatoria en tres grupos: experimental uno (GE1), experimental dos (GE2), y control (GC); se sometieron a evaluaciones postentrenamiento y de seguimiento, con base en un diseño experimental-control de tipo longitudinal.

El entrenamiento fue desarrollado en diez sesiones semanales de dos horas para cada grupo experimental. Al término del programa, se realizaron evaluaciones postentrenamiento. En los resultados obtenidos se presentaron diferencias significativas entre las evaluaciones pre y postentrenamiento en los grupos experimentales, que demostraron la eficacia del programa con la superación del déficit en las habilidades sociales entrenadas y la reducción de los niveles moderado y severo de la depresión. Con relación al grupo control no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas.

Se realizaron, además, evaluaciones de seguimiento a los grupos experimentales, tres meses después de haber concluido el entrenamiento. Los resultados demostraron la permanencia y calidad en el aprendizaje de los repertorios prosociales, y el control de los niveles depresivos.

Se discuten estos resultados de acuerdo con la relación de las variables de estudio y según el tipo de mediciones. Se concluye que los resultados demostraron la efectividad del entrenamiento.

Se observa la necesidad de un programa de entrenamiento para el desarrollo de las habilidades sociales en adolescentes, en relación a otros trastornos de conducta, de forma permanente y aplicado por paraprofesionales en las escuelas secundarias.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, se ha incrementado el interés por el estudio de la adolescencia y se la ha conceptualizado desde diversos puntos de vista, tales como el biomédico, antropológico, sociológico, y psicológico, entre otros. Varios estudiosos de la adolescencia, la analizan desde su particular punto de vista; algunos la consideran como un periodo crítico del desarrollo y, como tal, una etapa difícil; otros más, como una circunstancia apenas perceptible. No obstante, las diversas teorías coinciden al afirmar que los cambios corporales físicos y fisiológicos, propios del desarrollo, modifican sustancialmente la imagen del individuo y le obligan a enfrentar retos y expectativas de acuerdo con las demandas sociales emergentes, con lo cual la personalidad puede sufrir transformaciones, provocando conflictos emocionales. El hecho de que ocurran en este periodo gran cantidad de cambios, ha propiciado que no exista un acuerdo sobre cuáles son las características definitorias de la adolescencia y, por ende, cuándo se inicia y cuándo finaliza. Lo único más o menos claro es que los cambios fisiológicos que dan origen a la adolescencia llegan a cierta estabilidad hacia mediados de ella; esto ocurre mucho antes de que llegue un equilibrio similar en las respuestas psicológicas. Por lo tanto, es posible afirmar, como señala Silva (1989), que la adolescencia tiene un punto de partida biológico y un desenlace psicológico.

En términos generales, se puede considerar a la adolescencia como una etapa de cambios biopsicosociales que algunos logran afrontar sin grandes preocupaciones, pero a otros, les puede generar problemas de comportamiento.

En este sentido, varios investigadores se han abocado al estudio de los problemas de conducta de los adolescentes; entre ellos, Mussen (1990), Conger (1988), Papalia (1997), Josselyn (1989), y Silva (1989). La mayoría de ellos coinciden en señalar como primordiales los siguientes aspectos: conflictos familiares, actitud del joven ante la conducta sexual, elección vocacional, enfermedades de transmisión sexual, embarazo precoz, deserción escolar, independencia familiar, delincuencia, alcoholismo, drogadicción, fobias, hábitos de estudio, y depresión. No obstante, cabe señalar que no todos los aspectos mencionados son problemas de la adolescencia sino factores predisponentes de un trastorno depresivo, aún cuando los autores citados arriba los analizan y agrupan como problemas indiscriminadamente.

Con relación a la depresión en la adolescencia, se puede decir que es un trastorno cuya concepción ha variado en los últimos años. Actualmente, la aceptación de un síndrome depresivo específico de la adolescencia se centra en la obtención de criterios diagnósticos, inicialmente clínicos y psicológicos, y, más tarde, biológicos. En el presente trabajo se considera a la depresión como una entidad específica de esta etapa del desarrollo, debido a que la edad es una variable moduladora de la forma en que se presenta el trastorno en los adolescentes, y a la vulnerabilidad de los mismos, que hace que ciertos factores intrínsecos tengan una función depresógena sobre el comportamiento de éstos y que favorece la emergencia de pensamientos y sentimientos depresivos. Sin embargo, el concepto de

depresión en la adolescencia, es el término cuya configuración resultante no puede explicarse sin la apelación de un marco cultural determinado; el hecho depresivo es, por una parte, la consecuencia de una descripción, interpretación y explicación muy permeable a la acción de determinados factores socioculturales y, por otra, al empleo de criterios propios de cada investigador para definirla, según la aproximación teórica considerada. En cuanto a sus causas, se considera que éstas pueden ser múltiples, con el predominio de una sobre otras; no obstante, todos los factores son mutuamente interinfluyentes.

Por otra parte, existe evidencia fáctica respecto a la relación de diversos problemas de conducta y déficit o carencia de repertorios prosociales en los adolescentes. Se han hecho investigaciones cuyos resultados dan cuenta de la vinculación entre un déficit en el manejo de habilidades sociales y el comportamiento depresivo; sin embargo, no se pretende asegurar que la carencia de habilidades sociales sea el único generador de este trastorno, sólo constituye uno de tantos elementos de un fenómeno muy complejo.

Desde esta perspectiva, algunos autores analizan los mecanismos por los cuales un individuo adquiere el manejo de conductas socialmente hábiles. El aprendizaje básico para que se adquieran las habilidades sociales, de acuerdo a la teoría del Aprendizaje Social, es el observacional, debido a la importancia que concede a las expectativas, la información, la autosatisfacción, y la autocrítica, esta teoría favorece la ampliación del conocimiento, no sólo de cómo las personas aprenden destrezas y habilidades, sino también de cómo se transmiten en las sociedades las actitudes, valores e ideas. Según la teoría, las habilidades sociales son conductas aprendidas que pueden ser descritas, explicadas, predichas, y desarrolladas de manera natural a consecuencia de varios mecanismos.

Otros autores enfatizan las razones por las cuales un individuo puede fracasar en la ejecución de conductas prosociales. En este sentido, y con relación a los adolescentes, se considera que éstos atraviesan por cambios biopsicosociales, los cuales propician que entre a un nuevo rol de interacción social, que puede generarle problemas de comportamiento; en el caso de la depresión, se advierte que ésta puede inhibir el manejo de habilidades sociales en los jóvenes, aspecto que a su vez puede provocar deterioro en su desempeño académico y su competencia social, en una red compleja de interafectaciones, por lo que el aprendizaje de repertorios prosociales adquiere especial relevancia.

En este sentido, el propósito del presente trabajo es proporcionar una alternativa de intervención al diseñar y aplicar un programa de entrenamiento para el desarrollo de las habilidades sociales en adolescentes de secundaria, como una medida de corrección o prevención de la depresión, basado en el supuesto de que existe una relación entre el manejo inadecuado de estas conductas y la presencia de niveles significativos de un trastorno depresivo. Con base en este objetivo, en el capítulo uno se ofrece una panorámica general de las posturas teóricas que abordan la adolescencia, se analizan los problemas para llegar a una definición de la misma, y se hace énfasis en la definición que se adopta en esta investigación.

Para delimitar las características y causas que subyacen al trastorno depresivo, en el capítulo dos, se hace una revisión de las teorías que destacan el desarrollo de la depresión en

la adolescencia, haciendo incapié en el modelo cognitivo-conductual de Beck (1983), que propone una vinculación estrecha entre pensamiento, conducta y emociones, aproximación teórica que sirve de base para este estudio.

En el capítulo tres se abordan aspectos relacionados con las habilidades sociales; se describen modelos de adquisición y se hace énfasis en la teoría del aprendizaje social, que sustenta esta investigación; se hace una revisión de los estudios realizados sobre la relación entre habilidades sociales y depresión, esta última considerada como un trastorno que puede inhibir la conducta social adecuada; finalmente se revisa la clasificación de las habilidades sociales.

La metodología empleada para entrenar los repertorios prosociales se describe en el capítulo cuatro. Se propone en este mismo capítulo un programa de entrenamiento de habilidades sociales para adolescentes de secundaria.

Los resultados del entrenamiento, así como las mediciones pre, post, y de seguimiento, se presentan en el capítulo cinco. Finalmente, en el capítulo seis se abordan las conclusiones derivadas de los resultados, y las sugerencias que se consideraron pertinentes para el aprendizaje continuo de repertorios prosociales en adolescentes de enseñanza media básica.

CAPÍTULO UNO
LA ADOLESCENCIA

Conceptualizaciones.
Teorías de la adolescencia.
Problemas de conducta en la adolescencia.

Aún cuando el estudio científico de la adolescencia es relativamente reciente, las consideraciones acerca de esta etapa datan desde la más remota antigüedad. Por ejemplo, en la cultura griega, Platón en su obra "Diálogos" (ed.1970) se preocupaba mucho por la educación de la juventud haciendo notar que sus actitudes eran factibles de modificar. Posteriormente, Aristóteles, en el Siglo IV a. c., escribió en la "Retórica" (ed. 1980) acerca del carácter "apasionado e irascible" de los adolescentes, y comentó acerca de la tendencia que tienen a tomar posturas extremas y dar opiniones categóricas. En Roma, Plutarco en el Siglo I d. c., escribió en su obra "Moralia" la importancia que tiene la educación para que los jóvenes puedan asumir las responsabilidades de un adulto. En el Siglo XVII de la Ilustración, Rousseau en "Emilio" (ed., 1980) describió con cierta extensión los eventos del periodo comprendido entre los 12 y los 15 años que llamó la "edad de la razón"; y manifestó que la llegada de la pubertad es el suceso más crítico en la secuencia del desarrollo.

Por otra parte, hay que advertir que la adolescencia, concebida como una etapa específica del desarrollo humano, tiene una historia relativamente breve; el término adolescencia se usa generalmente para referirse a un momento de la vida con naturaleza propia, distinta de las demás, como un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta. También la terminación de la adolescencia es difícil de definir; con mucha frecuencia se adopta en las sociedades modernas un criterio social para este aspecto: por lo general, a las personas se les considera adultas cuando la comunidad de adultos da por supuesto que dicha persona está lista para aceptar las responsabilidades que la misma comunidad le exige, y le otorga todos los privilegios correspondientes. En México, se reconoce ese estatus cuando el individuo ha cumplido 18 años de edad, circunstancia que también pertenece al ámbito legal; en ese momento el adolescente adquiere responsabilidades y privilegios: licencia para conducir, licencia matrimonial, libertad para comprar y consumir bebidas alcohólicas, el derecho del voto, y el derecho para trabajar.

Otras sociedades determinan el paso de la niñez a la edad adulta por medio de iniciaciones y de ritos de pubertad, las cuales tienen el efecto de continuar la discontinuidad en el ciclo general de desarrollo.

En este sentido, el periodo de la adolescencia evade toda definición exacta, en cuanto que es considerada como una etapa de transición entre la niñez y la madurez de la edad adulta, apoyándose en la definición de estos fenómenos laterales para su propio esclarecimiento (Papalia, 1997). Y es precisamente esta dificultad para definirla la que refleja una de las principales características de la adolescencia, a saber: la falta de claridad con respecto al lugar que ocupa el adolescente en la sociedad.

Uno de los primeros estudios que surge en este siglo, a nivel científico, es el tratado de la "Adolescencia" de Stanley Hall escrito en 1904 (cit. en Horroks, 1993) en el cual el autor supone que todos los adolescentes experimentaban un periodo de "tormenta y tensión", punto de vista que aún prevalece entre algunos estudiosos de la psicología de la adolescencia. Contrariamente a esta opinión, autores como Bandura (1964) sostienen que la idea de que la adolescencia es necesariamente un periodo tormentoso es un mito; son los medios de comunicación, afirma, los que han destacado aspectos de la adolescencia, y que tal vez los

adolescentes mismos se estén adaptando a un patrón que ha sido elaborado por una sociedad adulta.

En la actualidad se ha concedido una importancia cada vez mayor al estudio de esta etapa del desarrollo, y se ha intentado definirla desde diversos marcos conceptuales a fin de explicar sus particularidades. En este capítulo se analizan las diversas propuestas para llegar a una definición de la adolescencia, las aproximaciones teóricas que la abordan y que han tratado de explicarla, y las investigaciones que se abocan al estudio de los problemas a los que podrían enfrentarse los adolescentes.

1. Definición de la adolescencia.

De inicio, es necesario advertir que han surgido problemas como consecuencia del manejo de diversos términos con respecto a lo que se entiende por adolescencia. Alternativamente a la palabra adolescencia, derivada del vocablo latino "adolescere" que significa "crecer" o "desarrollarse" (Diccionario latino, Blánquez, 1956) se utilizan los términos "edad adolescente" o "periodo adolescente". Otros autores hacen uso de la palabra "juventud", "pubertad" o "pubescencia" indiscriminadamente. A este respecto, cabe aclarar que Gesell (1971) llama "juventud" al periodo comprendido entre los 10 y los 16 años; Hall (1911) considera que este periodo es el comprendido entre los 8 y los 12 años; y Landis (1952), por su parte, la emplea para describir el último periodo de la adolescencia. El vocablo "pubescencia" se refiere más bien a los cambios biológicos y fisiológicos que se asocian a la maduración sexual; mientras que la "pubertad" involucra como idea principal el logro de la madurez reproductora. Para Muuss (1988), la adolescencia es un concepto más amplio que abarca los cambios biológicos y fisiológicos que se asocian a la maduración sexual, y los cambios de conducta y de estatus social, por lo que el término pubescencia y pubertad quedan involucrados en el de adolescencia.

Existen varias definiciones que se han propuesto desde las aproximaciones biológicas, sociológicas, cronológicas y psicológicas para explicar la adolescencia.

Desde el punto de vista **biológico**, la persona se convierte en adolescente cuando es capaz de reproducirse; en la mayoría de los niños esta edad fluctúa entre los 10 y los 15 años; y en las niñas entre los 9 y los 14 años (Horroks, 1993); sin embargo, muy claramente señala el autor, que el comienzo de la adolescencia se define en términos fisiológicos, pero su duración y culminación, en términos psicológicos.

Sociológicamente, la adolescencia es considerada como el periodo de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma (Muuss, 1988). A este respecto, Lewin (1954) opinaba que la adolescencia es un periodo de transición en el que el adolescente cambia de grupo; se refiere a este como al "hombre marginal" en el sentido de que sus derechos y responsabilidades no están claramente definidas como lo están las de los niños y los adultos. Esta definición resulta poco concreta, ya que solo establece límites pero no indica características.

Cronológicamente, no ha habido un acuerdo en cuanto a la definición de la adolescencia; posiblemente debido a la utilización de principios metodológicos distintos y a la diferenciación existente entre las muestras escogidas, así como a las diferencias motivadas por cada cultura.

Hurlok (1986) propone dos rangos de edad para esta etapa: la preadolescencia de los 13 a los 16 años; y la segunda adolescencia de los 17 a los 21 años. Muuss (1988) considera que es el lapso que comprende desde aproximadamente los 12 o 13 años hasta los primeros de la tercera década, con variaciones entre individuos y culturas; tiende a iniciarse antes en las niñas que en los varones; a acortarse en las sociedades primitivas y a prolongarse en las sociedades técnicamente más avanzadas, tal vez por la falta de asignación de un rol específico y de la dependencia económica de los adultos a la que permanecen cada vez más tiempo. Según Alonso-Fernández (1989) la adolescencia se extiende desde los 15 años en las muchachas y los 16 en los jóvenes hasta la década de los veinte, siendo cada vez un lapso más prolongado (hasta los 25 o 26). Para Allen-Meares (1991) la adolescencia consiste en dos etapas: la primera de los 14 a los 16 años (la conducta, en algunas situaciones, es parecida a la del adulto, y en otras, parecida a la del niño), y la segunda de los 16 a los 18 años (se caracteriza por la marcada atención a la sexualidad, exploración de valores, y establecimiento de metas en la vida). Papalia (1997) señala como inicio de esta etapa los 12 o 13 años y el término de la misma hacia los 19 o 20 años.

Como puede observarse, el señalamiento del límite cronológico entre la adolescencia y la adultez es muy problemático, existen desacuerdos en relación a su principio y fin. Respecto a su término, Horroks (1993) sostiene que esta etapa finaliza "... cuando el individuo alcanza su madurez emocional y social, y cuando ha cumplido con la experiencia, capacidad y voluntad requeridas para escoger entre un amplia gama de actividades, y asumir el papel de adulto, según la definición de adulto que se tenga y la cultura donde se viva" (pág. 21). Sin embargo, agrega el autor, ésto significa que para algunos la adolescencia nunca termina; asume el rol de adolescente durante el resto de su vida. Para la mayoría, este periodo finaliza al llegar a los 20 años aproximadamente, aunque otros mantienen este estatus hasta los 30 años. Por su parte, Alonso-Fernández (1989) opina que la adolescencia termina cuando el proceso de maduración ha concluido; pero el proceso de maduración se realiza en tres vertientes: la corporal, la psicológica y la social; y el progreso en cada una de ellas no transcurre sincrónicamente.

Psicológicamente, Muuss (1988) opina que se trata de una "situación marginal" en la cual han de realizarse nuevas adaptaciones; aquellas que, dentro de una sociedad dada, distinguen la conducta infantil del comportamiento adulto. De ahí que, desde este punto de vista, el criterio para fijar el fin de la adolescencia no responde tanto a una edad cronológica determinada, como al grado que esa adaptación haya alcanzado.

En conclusión, el hecho de que ocurran en esta etapa gran cantidad de cambios, ha propiciado que no exista un acuerdo sobre cuáles son las características definitorias de la adolescencia y, por ende, cuándo se inicia y cuándo finaliza.

En el presente trabajo, se considera que la etapa adolescente se caracteriza por un conjunto de cambios biológicos, sociológicos y psicológicos, y que, en atención a ellos, la definición más apropiada es que la adolescencia es el periodo de transición entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma, que se encuentra en una situación marginal en la cual se esperan cambios y adaptaciones que distinguen la conducta infantil del comportamiento adulto, y que transcurre entre los 11 o 13 años hasta los 20 años, sustentándose en el ámbito sociocultural del individuo.

Desde luego, el fenómeno de la adolescencia es muy complejo, por lo que los autores que se han dedicado a estudiarla, la han definido e interpretado desde distintos puntos de vista teóricos, destacando diversos aspectos, y han tratado de explicar sus características recurriendo a estudios sistemáticos e investigaciones que se traducen en diversas teorías formuladas para explicar esta etapa del desarrollo. A continuación se hace una revisión de algunas de ellas.

2. Teorías de la adolescencia.

A partir del estudio sistemático de Hall en 1904, el análisis científico de la adolescencia ha avanzado ampliamente en el siglo XX. Se han propuesto, desde diversas teorías, interpretaciones para explicar el fenómeno de la adolescencia. No obstante, han surgido muchos problemas como consecuencia de terminologías ambiguas, y discrepancias en los conceptos fundamentales respecto a lo que realmente constituye la adolescencia. En este sentido, existe la idea generalizada de integrar y sistematizar las distintas posiciones teóricas, y precisar las relaciones existentes entre ellas, en el entendido de que toda teoría de la adolescencia en particular implica una manera de percibir la naturaleza del desarrollo humano.

De acuerdo con Horrocks (1993) se pueden identificar tres enfoques teóricos en la interpretación de la adolescencia. Al primero pertenecen las teorías que se conforman de un catálogo de problemas que afrontan los adolescentes durante la segunda década de su vida; éstas se orientan hacia el ambiente, el cual es examinado para encontrar los problemas que se plantean; en ellas el adolescente se considera como incidental en la situación; y son de particular interés para la Sociología, la Antropología y la Pedagogía. El segundo enfoque lo conforman las teorías que se centran en la conducta del individuo y consideran el ambiente como escenario en el cual éste se desarrolla; en ellas el ambiente es incidental y orientado hacia el interior de la persona; y son de particular interés para la Psicología y la Psiquiatría. El tercer enfoque es más descriptivo que teórico; más bien se trata de métodos descriptivos que observan y registran lo que ven, sin elaborar una teoría sistemática; están más cercanas a las teorías orientadas hacia la conducta que a las que se centran en el ambiente, y son de particular interés para los biólogos, pediatras e historiadores.

Desde luego, advierte Horrocks, que no hay una teoría que pertenezca de manera exclusiva a uno de los tres enfoques; su clasificación depende de hacia cuál de las tres

direcciones se incline, además de que algunos enfoques representan una sobreposición de otros.

A continuación se describen las teorías más sistemáticas y de posiciones más diversas, a fin de presentar una panorámica de análisis más completa para la comprensión de esta etapa del desarrollo.

2.1. Teoría del Campo de Lewin.

Lewin (1954) en su teoría explica y describe la dinámica de la conducta del adolescente en una situación específica. Uno de sus conceptos fundamentales es la ley que la refiere como una función de la persona y de su ambiente. De tal manera, que la forma en que un individuo percibe su ambiente depende del estado de desarrollo de la personalidad y de los conocimientos de este; por ejemplo, un ambiente psicológico inestable durante la adolescencia provoca inestabilidad en el individuo. La suma de los factores ambientales en interacción el autor la llama "espacio vital" o "campo psicológico". La conducta es una función del espacio vital y no solamente de los estímulos físicos. El campo psicológico comprende al individuo con sus cualidades biológicas y psicológicas, así como al ambiente con sus relaciones sociales y hechos objetivos. Puesto que la persona y el ambiente son considerados como una constelación de factores interdependientes, la teoría logra la armonía entre los diversos aspectos evolutivos ya que combina factores biológicos, sociológicos, ambientales y psicológicos, de acuerdo con la idea del espacio vital.

Otra idea evolutiva se expresa en la diferenciación de un espacio vital que varía según los individuos de un grupo de edad a otro. Lewin hace una distinción entre el grupo infantil, el grupo adulto y el grupo adolescente. Este último se caracteriza por un cambio relativamente rápido de la estructura del espacio vital.

Un aspecto importante de la teoría de Lewin es la opinión de que la adolescencia es un periodo de transición en el que el adolescente cambia de grupo. Mientras que el niño y el adulto tienen un concepto claro al cual pertenecen, el adolescente integra en parte el grupo infantil y en parte el grupo adulto; por ello, se dice que el adolescente se encuentra en un estado de "locomoción social" y que los campos social y psicológico en el que se mueve no están estructurados. En este sentido, el individuo aún no posee clara comprensión ni de su estatus ni de sus obligaciones sociales, y su conducta refleja esta inseguridad; no reconoce direcciones en su campo rápidamente cambiante, y las situaciones no familiares le causan crisis que provocan retraimiento, sensibilidad e inhibición, así como agresividad y depresión.

En suma, la teoría del campo define a la adolescencia como un periodo de transición de la niñez a la edad adulta, que se caracteriza por cambios profundos y trascendentales y por el hecho de que el individuo entra en una región no estructurada cognoscitivamente, lo que provoca inseguridad en la conducta.

La transición de la infancia a la edad adulta es, según el autor, un fenómeno universal, puesto que en todas las sociedades los niños terminan por convertirse en adultos. Sin

embargo, el paso de la infancia a la edad adulta puede ser repentino como en algunas sociedades primitivas o gradual como en las sociedades modernas.

2.2. Teoría antropológica.

Todas las investigaciones y publicaciones antropológicas están basadas en la suposición de que el ambiente social en el que el individuo nace, desempeña un papel enorme en el desarrollo de la personalidad de éste. No obstante, aunque los antropólogos insisten en la importancia del ambiente social y cultural, no niega la influencia de factores biológicos, solo que no los contemplan; como en el caso de los trabajos de Benedict (1887-1948, en Muuss, 1988) y Mead (1985) que pasan por alto el aspecto fisiológico de la pubescencia.

Si se combinan los trabajos teóricos de Benedict (1929), que aborda las continuidades y discontinuidades en el condicionamiento cultural, con los estudios empíricos de Mead (1985) en sus publicaciones "Adolescencia y Cultura en Samoa", y "El Crecimiento en Nueva Guinea", se puede llegar a una formulación sistemática de la influencia de los factores culturales en el proceso evolutivo -"relativismo cultural" de acuerdo con Mead- que contribuye a la comprensión de los fenómenos de la adolescencia. Mead destaca la importancia de las instituciones sociales y de los factores culturales para el desarrollo humano, y describe los rituales de la pubescencia y las experiencias del adolescente en las sociedades primitivas, comparándolas con las sociedades modernas.

En las sociedades primitivas, señala Mead, la cultura es más homogénea; pueden esperarse mayores semejanzas en la conducta de los adolescentes, ya que sus oportunidades de elegir son limitadas; su conducta es más fácil de predecir que la de los jóvenes de las modernas ciudades occidentales, cuyas diferencias individuales son más grandes debido a: 1) La heterogeneidad de la cultura, 2) La rapidez de los cambios culturales, y 3) Los antecedentes culturales y hereditarios más variados.

Mead sostiene que la tarea más importante del adolescente es la búsqueda de su verdadera identidad, tarea que resulta mucho más difícil en las sociedades modernas que en las primitivas; el estar expuesto a cambios sociales bruscos, a diversos sistemas de valores, y a la tecnología moderna, hace que el mundo parezca al adolescente demasiado complejo, imprevisible, ambiguo e incapaz de ofrecerle un marco estable de referencia.

Desde la perspectiva de la antropología cultural, la adolescencia es un fenómeno psicosocial en donde es necesario señalar insistentemente las diferencias en la conducta humana, instituciones sociales, hábitos, costumbres, rituales y creencias religiosas en las distintas sociedades.

2.3. Teoría biogenética de Stanley Hall.

Hall (1844-1924), con la publicación de su libro "Adolescencia", estableció la psicología de la adolescencia y la utilización de métodos científicos para su estudio. Su teoría se basó en el concepto de la evolución biológica de Darwin, elaborándolo como una teoría psicológica de la recapitulación. Esta teoría sostiene que el organismo individual en el transcurso de su desarrollo, atraviesa etapas que corresponden a aquellas que se dieron durante la historia de la humanidad. Ese desarrollo obedece a factores fisiológicos, determinados genéticamente, y fuerzas directrices interiores lo controlan y dirigen, igual que al crecimiento y la conducta. En este sentido, Hall (1911, en Horrocks, 1993) decía que algunos tipos de conducta socialmente inaceptables son etapas necesarias del desarrollo que desaparecerán espontáneamente en la siguiente etapa.

Las características de cada etapa del desarrollo del individuo, según la teoría de la recapitulación, corresponden a alguna de las fases históricas primitivas en la evolución de la raza humana. Las principales etapas evolutivas son: infancia niñez, juventud y adolescencia (Muuss, 1988).

La adolescencia es el periodo que se extiende desde la pubertad (alrededor de los doce o trece años) hasta alcanzar el estatus del adulto, entre los 22 y 25 años. Hall describe a la adolescencia como un periodo característico de "tormenta e ímpetu", en donde la vida emotiva del adolescente es una fluctuación entre varias tendencias contradictorias (energía, exaltación, actividad, alternan con desganado, disforia, depresión). El egoísmo, la vanidad y presunción son tan característicos de este periodo como el apocamiento, la timidez y los sentimientos de humillación.

Ya que Hall consideraba las etapas del desarrollo, y por tanto la adolescencia, como relativos a la naturaleza del proceso evolutivo, su teoría, orientada biológicamente, dejaba poco margen a la influencia de factores ambientales.

2.4. Teoría del desarrollo de A. Gesell.

La teoría general del desarrollo propuesta por Gesell (1956) se refiere sustancialmente al periodo de la adolescencia. El concepto de crecimiento mental y físico, fundamentalmente normativo, constituye el núcleo de su teoría. Este autor consideraba al desarrollo como un proceso de patrones graduales que se extienden en el tiempo, en el que cada año de madurez produce conductas y tendencias características. De igual manera que Lewin, Gesell concebía a la adolescencia como la transición decisiva entre la niñez y la edad adulta. Los primeros indicios de conducta adolescente aparecen aproximadamente a la edad de 11 años, y la madurez final se logra hasta los 24 años; a este periodo de tiempo le llama juventud. La tarea central del adolescente consiste en encontrarse a sí mismo.

Por otra parte, Gesell (1956) no distinguía sistemáticamente entre pubescencia y adolescencia; creía que la biología no solo explica los cambios del crecimiento y el desarrollo de los caracteres sexuales primarios y secundarios, sino también las aptitudes y actitudes.

Contrariamente al concepto de "tormenta e ímpetu" de Hall, Gesell no creía que la adolescencia debiera ser turbulenta y atribulada; la consideraba en su totalidad como un proceso de maduración, aunque no exento de irregularidades.

Se ha criticado a Gesell por enfatizar el crecimiento normativo, sin tener en cuenta las diferencias individuales; no obstante, él contempla las variaciones individuales al observar que el desarrollo de cada niño se produce según un patrón de crecimiento único que es característico de cada persona; pero considera que este patrón único es sólo una variación de un "plan de crecimiento" que es característico de la especie humana (Horrocks, 1993). El adolescente en desarrollo revela su individualidad al pasar de una etapa de madurez a la siguiente; aunque puede esperarse que cada adolescente se aproxime al patrón de la secuencia humana, también es posible que se aparte de ella mostrando individualidades de estilo y cronología, aún cuando su conducta será característica física de su grupo.

2.5. Teoría psicoanalítica.

La idea fundamental de esta teoría es que considera a la adolescencia como un periodo filogenético; sostiene que el individuo repite experiencias anteriores del género humano en su desarrollo psicosexual. Según el psicoanálisis, las etapas de este desarrollo son genéticamente determinadas y relativamente independientes de factores ambientales, pero no niegan totalmente su importancia; los conceptos morales, las aspiraciones y ambiciones de cada sociedad entran a formar parte del individuo a través del desarrollo del super yo, también llamado conciencia.

Freud, en sus *Tres ensayos sobre sexualidad* (1905, ed. 1991), presenta el desarrollo psicológico como el resultado de la interacción del aprendizaje con el desarrollo de tres sistemas orgánicos vitales: el oral, el anal y el genital. Considera que este desarrollo es una secuencia de cinco etapas: oral, anal, fálica, latente y genital. La etapa genital marca el inicio de la pubertad y la entrada de la adolescencia; la sexualidad reprimida durante la latencia aparece de nuevo, y ocasiona una multitud de problemas que se habían eliminado en la latencia. Por ello, la adolescencia es una época en que el joven en desarrollo se ve amenazado por la disolución de la personalidad que ha construido y establecido durante el periodo de latencia.

De acuerdo con la interpretación freudiana, una característica de la adolescencia es el resurgimiento de los esfuerzos edípicos que producen el deseo de mantener los lazos familiares en una época en que las tareas del desarrollo insisten en abandonarlos. Este desprendimiento emocional redundará, por lo menos durante algún tiempo, en rechazo, resentimiento y hostilidad para con los padres y otras formas de autoridad. En suma, la tarea

primordial del adolescente puede resumirse como el logro de la primacía genital y la consumación del proceso de la búsqueda no incestuosa del objeto (Freud, 1917, ed. 1991).

La teoría freudiana se basa principalmente en los hechos de la primera década de la vida; la adolescencia, como un área de secuencia del desarrollo, la describe como una época en que los cambios le dan su forma final a la sexualidad infantil.

Freud se ocupa relativamente poco de la adolescencia; su hija Ana Freud (1977) explicó que el poco interés puesto sobre esta etapa se debía a que el psicoanálisis desarrolló la idea de que la vida sexual del ser humano no comienza con la pubertad sino con la primera infancia. En realidad fue ella quien se interesó más que su padre por la interpretación dinámica del desarrollo adolescente, aunque sus estudios están más enfocados a la psicopatología sexual.

Dentro de los límites de la teoría psicoanalítica se encuentra la teoría del desarrollo de Erikson que seguidamente se resume.

2.6. Teoría del desarrollo de Erikson

Erikson (1968) describió la secuencia del desarrollo como formada de ocho etapas, cada una de las cuales le presenta al individuo un conflicto en una o dos formas. Una de estas dos formas es benigna y representa la buena resolución de dicho conflicto; la otra es maligna y representa un fracaso. Las diversas etapas presentan una serie de tareas psicosociales, cada una de las cuales debe ser dominada en el tiempo adecuado, para que las tareas de las etapas subsecuentes no presenten dificultades. Las etapas que Erikson considera son: 1) el logro de la confianza contra la desconfianza, 2) autonomía contra vergüenza y duda, 3) iniciativa contra sentimiento de culpa, 4) laboriosidad contra inferioridad, 5) identidad contra difusión de la identidad, 6) intimidad contra aislamiento, 7) creatividad contra estancamiento, 8) integridad del ego contra desesperanza. Las tres primeras etapas representan la infancia y la niñez; la cuarta, la latencia; la quinta, la pubertad y la adolescencia; la sexta, la edad del joven adulto; y las dos restantes, la edad adulta y los últimos años.

La quinta etapa, que corresponde al logro de la identidad, se inicia en la pubertad. La atención se centra en el sí mismo y se interesa por la forma como el cree ser. También se interesa en la manera como puede relacionar los papeles y habilidades aprendidas antes de la pubertad con las ocupaciones cotidianas; pero sobre todo, lo que busca es una seguridad de uniformidad y continuidad. La principal actividad de esta etapa es lograr la identidad del ego; el individuo trata de aceptarse a sí mismo y de elaborar un concepto de su yo con el que pueda vivir. Pero tal identidad del yo representa una integración que se desarrolla a partir de la experiencia social y de la aceptación de papeles sociales.

Como señala Muuss (1988) la contribución de Erikson al pensamiento psicológico consiste en su reorganización sistemática de la teoría psicoanalítica a la luz de descubrimientos antropológicos. Ha ido más allá del psicoanálisis ortodoxo, según el cual las

condiciones sexuales provocan neurosis y conflictos íntimos, para señalar la importancia de las condiciones y organizaciones sociales en las cuales se debe arraigar el yo para desarrollarse normalmente.

2.7. Teoría del desarrollo cognoscitivo de Piaget.

Al considerar la naturaleza de la adolescencia, el estudio se ha centrado en las características generales de la misma. No obstante, una área importante del comportamiento tiene que ver con las funciones del desarrollo cognoscitivo.

La cognición es un proceso por el que un organismo adquiere conciencia u obtiene conocimiento a cerca de un objeto. En la psicología del desarrollo, la cognición se considera primordialmente una función de formación de conceptos, solución de problemas y procesos mentales. Según Piaget (1950), la cognición entraña la conducta de estructuración que determina los diversos circuitos posibles entre sujeto y objeto.

De acuerdo con los psicólogos del desarrollo, la mejor manera de describir el desarrollo cognoscitivo de una persona es considerarlo como una secuencia ascendente de etapas identificables, cada una de las cuales es más completa que la anterior (Horrocks, 1993).

Jean Piaget (1967) propuso una teoría secuencial del desarrollo cognoscitivo que consiste en cuatro etapas: a) la sensomotriz, b) la preoperacional, c) la de operaciones concretas, y d) la proposicional o de operaciones formales.

Durante la cuarta etapa (de los 11 o 12 años a los 14 o 15 años), el niño que pasa a ser un adolescente, ya no debe restringirse a los datos que percibe de un ambiente inmediato, temporal y espacial. Su pensamiento se vuelve proposicional y posee la capacidad de interrelacionar estas proposiciones. Por tanto las operaciones formales de la cuarta etapa se aplican a hipótesis o proposiciones.

Cuando el adolescente entra a la cuarta etapa, según Piaget (1972), muestra gran egocentrismo, pero al madurar más, se da cuenta de que la función adecuada de la reflexión es predecir e interpretar la experiencia, no sólo contradecir. La transición al periodo de operaciones formales se debe a las presiones culturales, la necesidad de adoptar papeles adultos, la maduración de estructuras cerebrales, y las nuevas experiencias de aprendizaje y de vida social.

Sin embargo, no todos los adolescentes tienen la capacidad de pensar mediante operaciones formales en todo momento. A menudo sucede que un adolescente capaz de realizar operaciones formales, vuelva a las formas de operaciones concretas (etapa de los 7 a los 11 años). En general, se puede suponer que ni la edad cronológica ni el mero paso del tiempo son importantes para el desarrollo cognoscitivo. Si no se tienen experiencias al transcurrir el tiempo o si por alguna razón el individuo no es capaz de aprovechar las experiencias que ha tenido, es de esperarse que haya un retraso en su desarrollo cognoscitivo.

2.8. Teorías conductistas.

El enfoque conductual adopta el punto de vista de que el comportamiento es un fenómeno universal que obedece a leyes universales, y de que si se estipulan las condiciones, las leyes conductuales pueden aplicarse a todo comportamiento y aprendizaje que se produzca continuamente, como señalan Papalia y Wendkos (1997).

Puesto que los teóricos conductistas no se interesan en las teorías de etapas, no existe bibliografía específica acerca de la adolescencia, ya que se considera que este periodo es tan sólo una época en el transcurso de la vida en la que ocurre la conducta, y que cabe esperar que esta última siga las leyes universales del comportamiento en un contexto especial. Por lo tanto, la conducta del adolescente, tal como se produce, puede explicarse al definir el contexto y aplicar las leyes de la conducta adecuadas.

Como señala Horrocks (1993), un adolescente es antes que nada un ser humano, y gran parte de su conducta es humana más que adolescente. En este sentido, la adolescencia es sólo un caso especial de la conducta humana. Un adolescente que atraviese por un desequilibrio emocional experimenta los mismos sucesos psicológicos que una persona de cualquier edad que sufra del mismo tipo de perturbación emocional. En realidad, se diferencia en el tipo de estímulo que lo pueden hacer sentir alegre o emocionalmente perturbado y frustrado, pero el hecho del desequilibrio emocional o de la alegría es un fenómeno humano más que de la etapa adolescente.

2.9. Recapitulación

De la breve revisión teórica anterior, se puede concluir que existen evidentes discrepancias respecto a la definición y características de la adolescencia. No obstante, hay también concordancias esenciales entre las distintas teorías.

Las teorías concuerdan en que los cambios endocrinos, con la consecuente aparición de los caracteres sexuales primarios y secundarios, constituyen fenómenos evolutivos que se generan entre los 10 y los 15 años; y que esos cambios son aspectos importantes del desarrollo del adolescente (Gesell, 1956; Freud, 1905; Lewin, 1939). A este respecto, Mead (1985) resta importancia a la influencia de los cambios fisiológicos de la pubescencia, pero no niega que existen. Ninguna de las teorías niega que exista relación entre los cambios de conducta y el incremento del interés sexual, pero difieren en cuanto al grado en que los cambios fisiológicos y las circunstancias sociales definen la conducta relacionada con el interés, la conciencia y la tensión sexuales.

La idea de Lewin de el "hombre marginal" es apoyada por algunos autores, como Erikson, que consideran a la adolescencia como un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta.

Las teorías que dividen el desarrollo en etapas coinciden en la determinación de una importante fase de transición en la primera adolescencia, que se produce entre los 10 y 11 años a los 15 y 16.

La noción más ampliamente aceptada es que la niñez, la adolescencia y la edad adulta constituyen tres periodos que pueden ser reconocidos psicológica, sociológica y fisiológicamente. También se comparte la idea de que existen diferencias tanto individuales como culturales en cuanto a la duración de la adolescencia y a las edades de su inicio y fin.

Algunas teorías consideran a la adolescencia como un periodo crítico del desarrollo, y como tal, una etapa difícil ante la presencia de trastornos emocionales; otros opinan que la intensidad de los trastornos depende de factores como: la continuidad o discontinuidad en el acondicionamiento cultural, el tipo de personalidad del individuo, los rápidos cambios sociales, la fuerza de voluntad o autodeterminación, y la magnitud de los conflictos sociales.

Las diversas aproximaciones teóricas coinciden al afirmar que los cambios corporales físicos y fisiológicos modifican sustancialmente la imagen del individuo y le obligan a enfrentar retos y expectativas de acuerdo con las demandas sociales emergentes, con lo cual la personalidad puede sufrir una gran transformación, provocando en algunos de ellos, conflictos emocionales y de comportamiento ante los problemas que se les presentan. Algunos problemas que se consideran asociados a esta etapa del desarrollo, y que pueden propiciar trastornos depresivos, se revisan en el siguiente apartado.

3. Problemas de conducta en la adolescencia.

Menciona Horrocks en su prólogo a la "Psicología de la Adolescencia" (1993) que la conducta de un adolescente refleja, además de su individualidad, tendencias generales características de la adolescencia; las peculiaridades de la época y la cultura, agrega, condicionan y dirigen las tendencias de la individualidad y la etapa de vida adolescente; el joven de la actualidad no es igual al de ayer, ni al de mañana. En este sentido, es incorrecto pensar que la adolescencia es una condición estática y sin cambios, igual para todo el que la atraviesa. El impacto de la adolescencia y los efectos de la misma varían de una persona a otra, de un país a otro, de una cultura a otra y de una generación a otra.

Es importante tener presente que hay variaciones individuales, pero es indudable, también, que los adolescentes comparten cierto número de experiencias y problemas comunes. Por ejemplo, todos presentan los cambios físicos y fisiológicos de la pubertad y del crecimiento ulterior de la adolescencia; todos sienten la necesidad de establecer su propia identidad; todos se enfrentan a la necesidad de ganarse la vida y abrirse camino como miembros independientes de la sociedad; no obstante, subsiste el hecho de que cada uno vivencia sus propias experiencias de manera peculiar y enfrenta los problemas con o sin grandes conflictos.

Con frecuencia se habla de la "crisis de la adolescencia" aludiendo a cambios que se operan y que adquieren importancia decisiva para el futuro de los individuos. Todos los autores coinciden en afirmar que esta etapa plantea problemas de ajuste; sin embargo, la universalidad de la problemática no implica necesariamente la ausencia de diferencias; es decir, otras variables como el medio ambiente en general, las características personales, la pertenencia a una condición socioeconómica específica, las innovaciones y los cambios sociales constantes, la contaminación social o ambiental, entre otras, también ejercen influencias decisivas para que la situación sea o no conflictiva.

Investigadores, psicólogos y especialistas en la materia, señalan las dificultades que tiene el adolescente para conseguir un ajuste adecuado con la realidad que le rodea, y agregan que los problemas tienen su base, de manera general, en el conjunto de transformaciones sociales, físicas, psicológicas, y culturales que se presentan claramente interdependientes.

La tendencia actual se inclina por atribuir mayor importancia que antes a los factores sociales que influyen en la conducta del adolescente. Son más bien estos factores, enfatizan, y no los constitucionales (físicos) los que pueden desencadenar problemas. El progreso tecnológico, el desarrollo industrial, la mecanización y deshumanización de la interacción en las sociedades modernas, parecen ser causas directas de dicha problemática. Por ejemplo, la inestable situación económica ha propiciado la prolongación de esta etapa que se ha ido alargando durante las últimas décadas, y posiblemente este patrón continuará en el futuro, ya que apoyada en el sistema educativo escolarizado, ayuda a la permanencia de los jóvenes en un marco escolar, con frecuencia, hasta cerca de los 30 años, antes de poder valerse por sí mismos. Este prolongado esfuerzo educativo tiende a alejar al individuo del logro temprano de alguno de los objetivos que se relacionan con la edad adulta, es decir, independencia económica y emocional.

Por otra parte, el logro de las metas de los adolescentes tiende a ser impedido por una serie de factores culturales como el consumismo y la presión para incorporarse en este, a través de los medios masivos de comunicación, que propicia el tabaquismo, alcoholismo y adicciones del joven.

Bajo esta perspectiva, probablemente exista la necesidad de una redefinición de la "adolescencia" y de un cambio radical de los métodos educativos para orientar al joven, basados en las circunstancias cambiantes actuales.

Varios investigadores se han ocupado de estudiar los problemas que enfrenta el adolescente en esta etapa de su vida. En un esfuerzo por analizar y organizar dichos problemas, estos se pueden dividir en dos grandes rubros: los problemas relacionados con la salud como la anorexia, fobias, adicciones, embarazo precoz, depresión, entre otros; y los problemas sociales como la delincuencia, la deserción escolar, el vandalismo. Finalmente, tanto unos como otros, involucran efectos psicológicos que se traducen en trastornos emocionales y de conducta.

De manera específica, los problemas que enfrenta la adolescencia han sido estudiados por los siguientes autores:

- ♦ Mussen (1990) señala como los problemas más importantes los siguientes: los conflictos familiares, la actitud del joven ante la conducta sexual, la elección vocacional, la búsqueda de la identidad del yo, la deserción escolar, y la delincuencia juvenil.
- ♦ Conger (1981), por su parte, considera para su estudio, las enfermedades venéreas, el embarazo precoz, la adicción, y la búsqueda de la independencia familiar.
- ♦ Papalia y Wendkos (1997) encontró, en un estudio de la adolescencia estadounidense, además de los ya mencionados, el alcoholismo, y el logro de la identidad sexual.
- ♦ Cristopher, Nangle y Hansen (1993) señalan como problemas, factibles de ser corregidos con entrenamiento de habilidades sociales, la agresión, los problemas heterosexuales, el abuso de sustancias tóxicas, y la delincuencia juvenil.
- ♦ Allen-Meares (1991) analiza la paternidad prematura y el abuso de drogas.
- ♦ Silva (1989), en un estudio epidemiológico con una población de adolescentes mexicanos, de secundaria, identificó los siguientes problemas, que considera que afectan el desarrollo de los jóvenes: información sexual inadecuada, hábitos de estudio, deserción escolar, adicción, fobias, delincuencia, conflictos familiares, problemas de asertividad, y depresión.

En relación a la depresión, se puede señalar que el apremio y la desesperación que reflejan en muchas ocasiones los adolescentes, así como la propensión a las actividades autodestructivas, suelen ser indicadores de un proceso hacia este trastorno; algunos jóvenes muestran gran agitación, mientras que otros se alejan de todo contacto con sus iguales; los pensamientos del adolescente suelen caracterizarse por una irrevocabilidad infundada, o una falta de maduración; la gente, la sociedad o ellos mismos son totalmente buenos o totalmente malos, según haya sido su experiencia más reciente.

Muchos de los estados depresivos del adolescente, se caracterizan por su brevedad, tanto como por su intensidad; otros, en cambio, se hacen crónicos y no ceden aunque las condiciones ambientales mejoren. Estos jóvenes presentan síntomas depresivos, o defensas contra la depresión, que son específicas de esta edad; entre otras, la hiperactividad, el uso de drogas, la afiliación a determinados grupos, la delincuencia, o la promiscuidad sexual (Arieti y Bemporad, 1993).

Easson (1987) estudió las innumerables defensas utilizadas contra la depresión en la adolescencia y vinculó cada una de ellas con una afección dolorosa que actúa como causa subyacente. Por ejemplo, el autodesprecio puede llevar a la rebeldía, el uso de drogas, o actos agresivos; la depresión resultante de las frustraciones de necesidades de dependencia puede producir ansiedad o la necesidad de reemplazar a los padres perdidos con nuevas figuras

gratificadoras, lo cual suele llevar al joven a unirse a bandas de delincuentes o a establecer relaciones sexuales indiscriminadas.

Una preocupación que se desprende de este análisis, es que los estudios revisados, a excepción del realizado por Silva, abordan la depresión del adolescente norteamericano, considerado en el ámbito cultural de su país, por lo que tales estudios, aún cuando se trata de un trastorno emocional de índole transcultural, no se pueden hacer totalmente extensivos para un análisis de la problemática en la adolescencia mexicana. Es necesario mencionar la importancia de emprender estudios de investigación empírica que den cuenta de la especificidad de este problema que enfrenta el adolescente en México, en diversos ámbitos socioeconómicos, y considerando los rasgos histórico culturales que caracterizan a esta población; porque, como bien apunta Sherif (1985), los problemas que deben afrontar los adolescentes varían de cultura en cultura, haciendo de la transición a la edad adulta, una etapa más o menos complicada, más o menos conflictiva, más o menos prolongada.

De manera más sistemática y precisa, se revisa en el siguiente capítulo la depresión como un trastorno propio de la adolescencia, los indicadores más significativos, los diversos enfoques teóricos que analizan sus causas, y los factores predisponentes biopsicosociales que pueden desencadenarla.

CAPÍTULO DOS
LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Definición.
Causas de la depresión en la adolescencia.
Factores predisponentes de la depresión.

Las referencias de la depresión infantil y de la adolescencia son relativamente extensas y datan de muchos años. Sin embargo, con el tiempo se ha modificado la terminología y se ha ido delimitando su propio concepto. En general, la idea de la depresión en estas etapas del desarrollo ha corrido más o menos la misma suerte que en el caso de los adultos, ya que no hay una precisión del concepto y de las causas que lo propician. En este sentido, es necesaria una revisión cronológica de su proceso formativo. Para la evolución de su estudio, Polaino-Lorente (1988) señala cuatro grandes etapas:

1. Período inicial. El más extenso en el tiempo, en el cual se encuentran referencias al término "melancolía" como sinónimo de la depresión, que aunque referido a los adultos, hace alusión a la infancia y adolescencia.
2. Siglo XIX. Aparecen copiosas referencias de la depresión asociada al suicidio infantil y de la adolescencia.
3. Primera mitad del siglo XX. Surge el término depresión citado en una abundante literatura, aunado al creciente interés de pedagogos y psicólogos, con aportaciones realizadas por el psicoanálisis de influencia predominante en ese contexto histórico y científico.
4. Último periodo. Se caracteriza por una abundante producción bibliográfica en la que se analizan detalladamente algunos aspectos concretos de la depresión, especialmente los que se refieren a la epidemiología, diagnóstico e intervenciones terapéuticas.

En general, se puede afirmar que el término "depresión" ha estado siempre, de alguna manera, presente en la literatura. A pesar de ello no siempre quedó claro, desde un punto de vista teórico, que se aceptara la existencia de un cuadro depresivo, y mucho menos que se admitiera como entidad nosológica en la infancia y adolescencia.

1. Definición.

El concepto de lo que actualmente se entiende por depresión del adolescente ha ido cambiando durante los últimos 20 años en relación a los enfoques teóricos que se han preocupado por el tema. A partir de 1970 la aceptación de un síndrome depresivo, específico de la adolescencia es casi unánime. En esta década, el interés se centra en la obtención de criterios diagnósticos clínicos y psicológicos inicialmente y más tarde incluso biológicos para llegar a un consenso en su definición. En el DSM-IV Manual diagnóstico y estadística de los Trastornos Mentales (Pichot, 1996) la depresión se encuentra clasificada en el apartado de los trastornos afectivos; las características esenciales de este trastorno se especifican de igual manera para niños, adolescentes y adultos; aunque se reconoce que se presentan diferencias en ciertos síntomas respecto a cada etapa, dado que tanto niños y adolescentes así como los adultos están en distintos niveles de desarrollo físico, moral y cognitivo. Sin embargo, dado que no existe un acuerdo excesivo sobre la auténtica naturaleza del trastorno depresivo en la psicopatología infantil y adolescente, la función del diagnóstico no debiera limitarse a atribuir etiquetas oficiales como las incluidas en el DSM-IV. Y puesto que los sistemas de clasificación diagnóstica utilizados en psicopatología suelen seguir el modelo de las nosologías médicas, es necesario desarrollar taxonomías basadas en diferencias intrínsecas entre individuos. En este sentido, como señalan Achenback y Edelbrock (1993), tanto las

clasificaciones diagnósticas como las taxonomías requieren de una evaluación válida y fiable de las características distintivas de los individuos en cada etapa del desarrollo; aún cuando el diagnóstico de un adolescente pueda ser un trastorno depresivo, se necesita obtener e integrar información acerca de su historia clínica y familiar, su situación escolar, sus cualidades y vulnerabilidad. Por ello, el diagnóstico de la depresión infantil y adolescente constituye un importante reto para la psiquiatría, psicología clínica y la investigación. Arieti y Bemporad (1993) establecen los siguientes criterios para su estudio:

1. Algunos autores, alineados al psicoanálisis, consideran que muchas manifestaciones depresivas están vinculadas a ciertos períodos evolutivos en los que el niño y el adolescente son especialmente vulnerables por lo que manifiestan afectos depresivos que debían considerarse como normales y sin ninguna validez psicopatológica. Por ejemplo, el período evolutivo depresivo durante la fase edípica y la adolescencia.
2. La aceptación de la depresión en niños y adolescentes con variaciones en los síntomas asociados a la edad.
3. La propuesta de una "depresión enmascarada" expresada a través de "equivalentes depresivos", cuyo proceso depresivo se manifiesta predominantemente en el plano somático.
4. La tendencia a la búsqueda de diferencias y similitudes entre los cuadros depresivos de adolescentes y adultos.

El presente trabajo se sustenta en el criterio de que la depresión en la adolescencia es una entidad que debe considerarse como específica de esta etapa, con base en dos factores: a) la edad como variable moduladora del modo en que se presenta la depresión en los jóvenes, y b) la vulnerabilidad de los adolescentes, considerados como población de "alto riesgo", que puede propiciar que ciertos factores intrínsecos tengan una función depresógena sobre el comportamiento del mismo, favoreciendo la emergencia de pensamientos y sentimientos depresivos.

Para tratar de conformar una definición que considere a la depresión en la adolescencia, Petti (1993) señala que se deben tomar en cuenta los siguientes aspectos: Primero, la depresión es un síntoma que se manifiesta en todas las categorías diagnósticas de la psicopatología en estas etapas. Segundo, puede servir de prototipo para trastornos psiquiátricos de la adolescencia. Tercero, la metodología científica solo se ha aplicado esporádicamente en la psicología y psiquiatría de la adolescencia, y en relación con las especialidades adultas. Cuarto, el cuadro clínico de los adolescentes con problemas está permanentemente empañado por factores evolutivos, familiares, sociales, culturales y cognitivos. Quinto, hay escasa información acerca de los correlatos fisiológicos y bioquímicos.

En tal sentido, la depresión en la adolescencia ha sido considerada, en distintos contextos de la literatura científica, como un síntoma (forma más frecuente en la adolescencia), un complejo sintomático, un síndrome y una entidad mórbida específica.

La depresión considerada como **síntoma** suele implicar manifestaciones de tristeza, llanto, desesperanza, o pesimismo; el **complejo sintomático** suele ir asociado al mal humor, irritabilidad e ideas autodestructivas; se designa como **síndrome** un grupo de síntomas y signos que sugieren un proceso mórbido que se presenta con problemas de apetito y de sueño, dificultades en el rendimiento escolar, intelectual y pensamiento suicida, además de los síntomas anteriores; el síndrome y el proceso, conjuntamente, constituyen una enfermedad o **entidad mórbida específica**.

Por otra parte, Calderón (1990) señala que el concepto de la depresión en la adolescencia es el término de una configuración resultante que no puede explicarse sin la apelación de un marco cultural determinado. Además, el trastorno depresivo es, por una parte, la consecuencia de una descripción, interpretación y explicación muy permeable a la acción de determinados factores socioculturales y, por otra parte, al empleo de criterios propios de cada investigador para definirlo, según el enfoque que éste considere.

A continuación se analizan los diversos enfoques teóricos que aportan elementos para explicar su etiología.

2. Causas de la depresión en la adolescencia.

En el origen de la depresión se involucran una multiplicidad de causas con el predominio de unas sobre otras; no obstante todos los factores son mutuamente interinfluyentes. Existen diversas hipótesis que consideran las raíces de este trastorno en la adolescencia, basadas en los modelos conceptuales que explican los trastornos depresivos del adulto, pero considerando los estudios empíricos que matizan y singularizan el trastorno en el adolescente. Éstas se agrupan de acuerdo a cinco paradigmas teóricos: biológico, psicoanalítico, sociológico, conductual y cognitivo. Los dos primeros han focalizado al funcionamiento intrapersonal, ignorando el contexto interpersonal en el cual surge y se mantiene la depresión. Los tres restantes consideran las consecuencias interpersonales y el contexto o medio ambiente social de la depresión.

2.1. El modelo biológico.

Básicamente se limita a las teorías de las aminas biógenas. Atribuye la depresión a un mal funcionamiento de los neurotransmisores (serotina, dopamina y norepinefrina), sustancias químicas del cerebro que estimulan o inhiben a otras células. La escasez de estas aminas enviadas a través del cerebro pueden causar depresión. Por lo tanto, la base de la depresión radica en una alteración de la neurotransmisión monoaminérgica (Den Boer y Sitsen, 1994).

En este modelo se incluye el enfoque neurofisiológico que defiende la existencia de diferentes mecanismos, entre ellos la hiperacción y alteración funcional reversible de los mecanismos diencefálicos de reforzamiento. Algunos cambios fisiológicos relacionados con la depresión son un aumento de la tensión muscular y la aceleración de la tasa cardíaca y de la respiración, un desequilibrio de la carga eléctrica del sistema nervioso, fruto de un aumento en la retención de sal, y aumento en la producción de una hormona, el cortisol.

Algunos autores opinan que el diagnóstico de la clasificación de la depresión en endógena y exógena se basa principalmente en la presencia de factores desencadenantes, con lo cual se llega a la conclusión acerca de las causas del comportamiento depresivo; es decir, si la causa es interna (bioquímico) o externa (psicosocial). Entre estos dos factores, el posible enlace entre la depresión y algún objeto específico (factor precipitante) por lo general desempeña el papel más importante al determinar el diagnóstico (Nissen, 1987).

En la actualidad se llevan a cabo investigaciones con respecto a estas cuestiones, y algunas de las suposiciones que son el fundamento de la hipótesis de las aminas biógenas han tenido que revisarse. Los cambios en las sustancias neurotransmisoras pueden ser el resultado de un largo periodo de tensión o de un suceso traumático (Den Boer y Sitsen, 1994).

Aunque no se ha llegado a demostrar suficientemente que la depresión en los niños y adolescentes cuenten con un componente biológico significativo, numerosos estudios demuestran que la depresión en la adolescencia y los síntomas habitualmente asociados al síndrome experimentan una mejoría con el uso de antidepresivos (Davison y Neale, 1983).

En relación a la heredabilidad de los trastornos afectivos, se tienen informes recientes según los cuales se han localizado uno o más genes asociados a la depresión en un punto específico del cromosoma seis. Se ha demostrado la frecuencia de trastornos depresivos endógenos entre familiares de primer grado (padres, hermanos, hijos), pero aún no ha sido aclarado definitivamente el mecanismo de transmisión (Sabanés, 1993). La evidencia en cierta clase de predisposición hereditaria a los desordenes depresivos, no es del todo clara en su magnitud, porque los factores del ambiente inicial y los de aprendizaje se dejan sin control. Por ejemplo, el descubrimiento de una incidencia mayor en la concordancia madre-hijo, que en la concordancia padre-hijo, de este desorden, podría ser interpretada como prueba de un factor genético ligado al sexo, pero también podría ser el resultado del ambiente temprano y del aprendizaje al que se ve sujeto el niño a través de su madre más que de su padre, durante los primeros años. En resumen, el papel preciso de los factores hereditarios dista mucho de ser del todo claro, aunque parece bastante realista el considerarlos como factores interactivos dentro del cuadro total

2. Paradigma psicoanalítico.

El punto de vista psicoanalítico de la depresión se deriva del estudio de Freud "el luto y la melancolía" (1917, ed. 1991) en el cual se consideraba a la depresión como un estado en el que el sujeto vuelve la agresión hacia adentro, sobre sí mismo, en lugar de hacerlo sobre la

persona que es en realidad el objeto de sus sentimientos agresivos. De tal manera que el origen principal del trastorno es interior: un desequilibrio entre los impulsos depresivos y los impulsos de la libido. En esta aproximación, la opinión respecto a la existencia de la depresión en la adolescencia es muy controversial, y aun cuando no existe una teoría unificada, global y precisa, el enfoque ofrece una serie de explicaciones a través de varios modelos:

- ◆ El modelo de cólera restringida que explica la desviación hacia dentro del instinto agresivo, causada por la pérdida de un objeto amado; el instinto agresivo se convierte, en tales circunstancias, en afecto depresivo.
- ◆ El modelo de pérdida del objeto que entraña la separación y la alteración de los vínculos básicos; la pérdida del objeto en la adolescencia coincide con la pérdida de la protección familiar; el abandono de la imagen de sus progenitores, como seres poderosos, le provoca un estado depresivo que se manifiesta, generalmente, como una reacción de rebeldía y desafío.
- ◆ El modelo egopsicológico que considera la depresión como el resultado de una persona que advierte su incapacidad para cumplir las aspiraciones que esperaba y, sintiéndose fracasado se deprime.

2.3. El modelo de la escuela sociológica.

Se consideran en este enfoque, el estudio sistemático de la conducta del hombre, el desarrollo, la estructura y la interacción de grupos humanos. El enfoque se refiere predominantemente al desmoronamiento de la autoestima del individuo, incluyendo pérdidas simbólicas objetivas y subjetivas. Propone una interpretación de la depresión en la cual el acento está puesto en la reacción a las exigencias sociales; de ciertas condiciones sociales que pueden predisponer a la gente hacia la depresión y de cómo la sintomatología que se produce puede tener efecto en los demás.

Dentro de esta corriente se destaca el modelo de la depresión de Ernest Becker (1973). Su teoría representa una síntesis de varias orientaciones teóricas: el existencialismo, la teoría neofreudiana y el interaccionismo simbólico, entre otras. En el concepto de depresión se examinan una gran variedad de acciones posibles, patrones rígidos de acción, y la baja autoestima como características a la predisposición de la depresión. Los sucesos típicos que pueden producir tal reacción son la separación, la pérdida de un empleo, conflicto en una relación interpersonal, o una enfermedad aguda o incapacitadora. La teoría de Becker se puede explicar desde una perspectiva sociopsicológica, en la cual se hace un sondeo de factores de la vida cotidiana o social que pueden generar reacciones depresivas (Freden, 1988). Esta teoría se puede considerar como un intento por combinar el concepto sociológico y psicológico de la depresión dentro de un marco sociocultural más amplio. No obstante, para su análisis no se han tomado en cuenta algunos aspectos políticos como la estructura de poder, el modelo económico imperante y rasgos culturales, que podrían dar una explicación más

precisa de la depresión del individuo, y específicamente del adolescente que, dada su vulnerabilidad, causada por el desarrollo biopsicosocial y las exigencias de la sociedad, puede estar sujeto a presiones medio ambientales enmarcadas en estos aspectos.

2.4. Las teorías conductuales.

Este modelo, que considera las consecuencias interpersonales y el contexto o ambiente social de la depresión, hace énfasis en perfilar los síntomas y las conductas deseables. Comprende dos modelos predominantemente: **el modelo de indefensión aprendida** (Seligman, 1975; Seligman y Peterson, 1986) que concierne a la incapacidad del individuo para escapar de situaciones aversivas y **el modelo de pérdida de reforzamiento** de Lewinsohn (1974); Lewinsohn, Weinstein, y Shaw (1981) que describe las gratificaciones implicadas en el papel del enfermo como sustitutos de las fuentes perdidas de reforzamiento positivo.

El modelo de indefensión aprendida (desamparo aprendido) considera a la depresión como el resultado de una pérdida del control sobre los medios de obtener un refuerzo positivo o negativo. Cuando el individuo se siente responsable de su ineficacia tiene lugar un descenso de la autoestima; seguidamente se produce un déficit de agresión o asertividad, así como déficits apetitivos y fisiológicos.

El modelo de indefensión aprendida se relaciona, en cierto modo, con el de pérdida de reforzamiento. Lewinsohn y col. (1981) evaluaron sistemáticamente, desde una perspectiva conductual, la depresión y hallaron que el antecedente histórico del comportamiento depresivo solía ser una tasa deficiente de reforzamiento positivo contingente a las respuestas. Una posible causa de este déficit podría ser la ausencia general de reforzadores disponibles en el ambiente del individuo o su incapacidad para obtenerlos a causa de un déficit de las habilidades sociales adecuadas. Estos dos modelos destacan, en relación al desarrollo de la depresión en la adolescencia, que ésta depende del medio ambiente en cuanto a reforzadores positivos y al déficit de los eventos potencialmente reforzantes dependientes de factores individuales.

Existe actualmente un volumen extenso de investigaciones con un enfoque neoconductual y cognitivo sobre la depresión, en el cual los procesos cognoscitivos que abarcan funciones psíquicas como la percepción y la memoria, el pensamiento y el lenguaje, las creencias y las actitudes tienen un papel fundamental, además de la conducta.

2.5. Las teorías cognitivo-conductuales.

En términos generales, estas teorías atribuyen la depresión a un déficit en los procesos cognitivos mediante el cual la persona distorsiona la información generada de sus experiencias, alterando negativamente la imagen propia y la de su mundo circundante.

Los modelos cognitivos sustentados en un enfoque más empírico, orientado hacia lo conductual en adición a lo cognitivo, parten de las siguientes premisas: 1) el organismo humano responde a las representaciones cognitivas del ambiente y no a un ambiente *per se*, 2) estas representaciones se aprenden al igual que la conducta observable; 3) la mayor parte del aprendizaje humano está mediado cognoscitivamente; 4) los pensamientos, emociones y conductas están interrelacionados causalmente. Dichas premisas tienen como precursor el modelo de aprendizaje social de Bandura (1976) que enfatiza la modificación de los procesos cognitivos considerados como mediadores de la conducta externa y generadores consecuentes de estados emocionales como la depresión.

Dentro de este enfoque se destaca el modelo cognitivo de la depresión de Beck (1974) que atribuye un papel fundamental al pensamiento y al juicio de los pacientes depresivos en el desarrollo y mantenimiento de la depresión. A continuación se describe ampliamente este modelo que sirve de base para la concepción de la depresión en el presente trabajo.

2.5.1. Modelo de depresión de A. T. Beck.

Beck (1974) elabora su teoría basada en la práctica clínica y estudios empíricos. En términos generales, postula que la depresión es producto de distorsiones cognitivas que surgen cuando la persona evalúa sus experiencias negativamente, reflejándose esto en su autoimagen, su percepción del mundo y su futuro. Seguidamente se generan pensamientos automáticamente disfuncionales que activarán y mantendrán la depresión. El origen de todo esto será un sistema de creencias o reglas absolutistas que pueden tornarse disfuncionales, denominadas "Asunciones básicas" (depresógenas), que servirán de marco de referencia para la evaluación de las experiencias vividas por el individuo y serán la fuente de las distorsiones cognitivas al interpretar las mismas.

El modelo cognitivo de la depresión propone como parte esencial del mismo una vinculación estrecha entre los pensamientos, la conducta y las emociones. La producción de cambios en la conducta y los pensamientos es una forma efectiva de modificar los estados afectivos; lo que la persona piensa y hace influirá en cómo se sentirá. Esto se aplica para toda la gama de la conducta humana en general. No obstante, Beck no descarta la influencia de factores biológicos, opina que pueden producir algunos cambios en el afecto disfórico, modificando los componentes cognitivo-conductuales de la depresión.

El modelo ofrece una explicación teórica, no sólo del mecanismo cognitivo-afectivo durante la depresión, sino también de los factores cognitivos que la predisponen. Las experiencias tempranas aprendidas pueden fomentar las bases para la formación de conceptos negativos (esquemas) acerca de uno mismo, el futuro y el mundo circundante. A esto se le denominó "triada cognitiva" que en la persona deprimida sirve para evaluar negativamente sus experiencias en estas tres dimensiones. El contenido negativo de dicha triada está organizado en el individuo mediante esquemas o estructuras cognitivas subyacentes a la actividad mental que guían a la organización, categorización y evaluación de las propias experiencias. Los esquemas o conceptos negativos aprendidos desde temprano suelen desarrollarse a través de

las experiencias negativas que fomentan reglas rígidas para guiar la conducta e influyen disfuncionalmente en el contenido del pensamiento del individuo; pueden estar latentes (no manifiestas) y/o ser activados por circunstancias específicas análogas a las experiencias negativas que los originaron inicialmente. Por lo tanto, el individuo puede haber desarrollado durante su niñez, y posteriormente, haber elaborado esquemas interpretativos negativos que permanecen "dormidos" en períodos no depresivos, y que se activan al iniciarse períodos depresivos precipitados por eventos estresores. Sin embargo, experiencias muy adversas no producen necesariamente depresión, a menos que la persona sea muy sensible ante dicho estresor debido a su organización colectiva. Para explicar la sensibilidad, el modelo introduce el concepto de asunciones depresógenas, las cuales propician que la persona cometa errores cognitivos por medio de generalizaciones exageradas, inferencias arbitrarias y otros procesos cognitivos distorsionados. El confrontamiento con los eventos estresores estimulará una experiencia incongruente con el esquema sistemático de creencias rígidas, lastimará la autoimagen, causará malestar y precipitará una cadena de pensamientos disfuncionales que conducirán a la depresión por medio de un ciclo mutuamente reforzante entre pensamientos, conducta y afecto.

Los síntomas considerados por Beck, Shaw, Rush, y Emery (1983) de los cuales puede desprenderse una definición básica y más actual de la depresión, acorde a las necesidades del presente trabajo, son de índole emocional (períodos de llanto, pérdida de la alegría), cognitivos (baja autoestima, indecisión, autocrítica), motivacionales (deseos de evitación, deseos de suicidio) y neurovegetativos (pérdida de apetito, insomnio); además, en las manifestaciones comportamentales se observa menor participación del sujeto deprimido en tareas que solían ser habilidades en él; a mayor déficit de actividades, más gravedad del estado depresivo. Desde este punto de vista, puede decirse que la presencia en el adolescente de cierto tipo de inhabilidad individual o social podría estar asociada a trastornos depresivos.

Los enfoques referidos no son propiamente modelos acabados, satisfactorios y completos, lo que conduce a considerar la depresión en la adolescencia a través de diversas raíces, con varios factores que desempeñan un papel en el desarrollo del trastorno; por ello, las estrategias para tratar la depresión en esta etapa deben basarse en una evaluación que intente delimitar la relevancia de cada factor considerando que, con frecuencia, el entorno social influye en el desarrollo, curso e intensidad de la depresión, posiblemente a través del modelamiento de comportamientos depresivos, separaciones, abandonos o rechazos.

Por otra parte, a pesar del interés actual que tiene el estudio de la depresión en la infancia y adolescencia, la investigación está en sus inicios, ya que aún se desconocen muchos factores etiológicos y su mecanismo de acción, y los estudios epidemiológicos de referencia en población "normal" son muy escasos. Sin duda la depresión en esta etapa es una entidad clínica que se ha abierto paso en las dos últimas décadas en el ámbito de la psicología, pero no conviene abusar de este diagnóstico; todavía hay mucho que hacer en el futuro respecto de la depresión en la adolescencia, especialmente en el ámbito de la prevención. En este punto, el empleo de los modelos conductual y cognitivo resultan convenientes ya que pueden desvincularse del contexto clínico original las estrategias de intervención de ellos derivadas y aplicarse al ámbito familiar y/o escolar; es presumible que su empleo en la adolescencia sea

más eficaz y gratificante que en la problemática del adulto; y resultan fácilmente operativizables, pudiéndose implantar en el aula y en otros contextos psicopedagógicos por un profesional o un paraprofesional entrenado.

En términos generales, es posible englobar las causas de la depresión para describirla como la interacción multifactorial que incluye los fenómenos propios del desarrollo, estresores fisiológicos, causas genéticas, acontecimientos psicosociales, y rasgos de personalidad, que, de acuerdo con Calderón (1990) pueden ser considerados como factores precipitantes del trastorno depresivo. En este sentido, la aparición de un acontecimiento o evento estresante, relacionado con los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, y hasta ecológicos pueden descompensar la conducta del adolescente favoreciendo la emergencia de pensamientos y estados depresivos.

3. Factores predisponentes de la depresión

Dentro de los factores que tienden a precipitar la depresión en la adolescencia, diversos autores como Calderón (1990); Bakwin y Morris (1989); Shea (1987); Thorpe (1987), entre otros, señalan los problemas familiares, los escolares, y los sociales en general. Por su parte, Beck y cols. (1983) sugieren que los sucesos precipitantes pueden clasificarse en tres grupos. El tipo de situación más común es la que deteriora la autoestima de una persona (por ejemplo, no aprobar un examen, el abandono de la persona amada, la pérdida de un empleo). Otras situaciones que pueden desencadenar un trastorno depresivo son aquellas que interfieren con planes importantes; y finalmente Beck menciona la enfermedad física, que puede hacer a un hombre pensar en el deterioro físico o la muerte.

En relación a las fuentes de conflicto dentro del hogar, hay que considerar que la familia constituye un ambiente importante que influye en el comportamiento del adolescente, por lo que los conflictos familiares que pueden generarse de la convivencia interfamiliar, la calidad de la relación padres-hijo, las disputas o separación de los padres puede repercutir en la estabilidad emocional del adolescente y conducirlo a estados depresivos. Es dentro de esta unidad básica donde una buena parte del conflicto entre el mundo del adolescente y del adulto tiene lugar, especialmente porque los padres son los adultos con quienes más contacto tienen los jóvenes. Al respecto, Powell (1986) piensa que la adolescencia no es la etapa feliz que podría ser, porque a menudo los adultos agregan más conflictos de los necesarios a este periodo. Los adultos tienen muchas preocupaciones, entre ellas, que el adolescente no obedece, que no trabaja lo suficientemente duro, que no coopera, no agradece, y que no es consciente de su sexualidad. Debido a estos temores, el padre está constantemente angustiado y con demasiada frecuencia regaña o castiga al joven. En vez de ayudar, los padres restringen o inhiben los esfuerzos de los adolescentes por elegir una vocación, por emanciparse, por hacer amistad con los miembros de su mismo sexo y con los del opuesto, y por integrar su propia conducta. Aún en los hogares en los que los padres se esfuerzan por ayudar al joven hay conflictos; no es raro que éstos ejerzan una presión indebida sobre sus hijos en un intento por ayudarlos a evitar algunos de los problemas que ellos mismos experimentaron al crecer. En algunos casos la presión de los adultos es demasiado fuerte y el adolescente se ve

inducido, sin quererlo, hacia la meta fijada por ellos. En relación al logro de la propia identidad, objetivo principal del adolescente, al querer probar ante sí mismo y ante los demás que es un individuo autónomo, el joven provoca, con frecuencia, reacciones antisociales y autodestructivas que son indicadores de la posibilidad de caer en un trastorno depresivo.

Otro ámbito que influye poderosamente sobre el comportamiento del adolescente es el escolar. Sin duda alguna, la escuela es el lugar donde se desarrolla gran parte de la vida social del joven. Las presiones de sus compañeros, el rendimiento escolar, la hostilidad, el enojo y la inaceptación de cualquier forma de autoridad, son otros problemas que pueden conducirlo a niveles de depresión.

Como problemas asociados a la depresión, pueden presentarse, también, una tendencia a ingerir alcohol, el consumo de drogas, relaciones sexuales practicadas de manera indiscriminada, como medio de evasión para moderar la angustia, motivados por las falsas expectativas que les presentan los medios masivos de comunicación, o por la exhortación de sus iguales.

En cuanto a la problemática social, las complicaciones a las que se enfrenta el adolescente tienen que ver con su vida social en diversos ámbitos. Por lo general un adolescente tiende a atribuirle una gran importancia a las actitudes y opiniones de otras personas, en especial a las que tienen su misma edad. La adolescencia es una época de interés creciente y urgente por las personas del sexo opuesto, como personas y como organismo biológico; es una etapa en la que se buscan un papel social apropiado y relaciones satisfactorias que concuerdan con los conceptos de sí mismo. Por encima de todo, es una época en que el ajuste personal, presente y futuro, se relaciona estrechamente con la interacción social y con la habilidad para desempeñar el papel social que el individuo desea, por lo cual el adolescente debe emerger, al final de sus exploraciones, en particular de aquellas en que sus coetáneos están implicados, con actitudes y habilidades sociales adecuadas para que logre obtener un grado de ajuste social como adulto. Sin embargo, no todos lo logran, ya que pueden surgir factores predisponentes que inhiban el desempeño social, provocándoles trastornos emocionales como la angustia, la ansiedad o la depresión; o bien ser estos estados la causa de una interacción deficiente. En el capítulo tres se aborda la relación entre el aprendizaje y manejo de las habilidades sociales, y la depresión como un trastorno que puede inhibir la conducta social adecuada.

CAPÍTULO TRES

HABILIDADES SOCIALES Y DEPRESIÓN

**Fundamentos conceptuales y definición de las habilidades sociales.
Modelos explicativos de las habilidades sociales.
Estudios realizados sobre la relación entre las habilidades sociales y la
depresión.
Clasificación de las habilidades sociales: tipos de respuestas.
Componentes conductuales de las habilidades sociales.**

Con frecuencia los clínicos, educadores, sociólogos y terapeutas observan la dificultad que experimentan muchos adolescentes para manejar las relaciones interpersonales, ya sea a través de la observación directa o por el informe mismo del individuo. En este sentido, es claro para ellos que un gran número de estos adolescentes carecen de las habilidades sociales necesarias para relacionarse adecuadamente con los demás en interacciones cotidianas, fundamentalmente porque en esta etapa del desarrollo el individuo se enfrenta a situaciones nuevas que requieren del manejo de habilidades sociales más complejas que en su etapa anterior, incluyendo el inicio de la conducta heterosocial, las habilidades conversacionales para conocer otras gentes y hacer amigos.

Como han demostrado Bellack y Hersen (1993), que aluden a la presencia en el adolescente de cierto tipo de inhabilidad individual y social asociada a trastornos depresivos, los problemas interpersonales son características definitorias de trastornos emocionales y conductuales; los jóvenes con antecedentes de trastornos emocionales, exhiben diversos déficits de habilidades sociales que interfieren con la capacidad para establecer relaciones interpersonales, agregan los autores. Pero aún no está claro si estas deficiencias sociales son siempre consecuencia del trastorno, o si es posible que contribuyan al diagnóstico de tal trastorno.

Conforme se ha avanzado en las investigaciones, se han abierto nuevos caminos en el ámbito de estudio de las habilidades sociales, no obstante, el tema no se ha agotado, sobre todo si se considera la función de éstas en el continuo que constituye el desarrollo del individuo.

Concretamente, la importancia que tiene una interacción adecuada, y el hecho de que no todos la logran, ha propiciado que, desde los inicios de la historia de la humanidad, se haya tratado de normativizar el comportamiento considerado como aceptado en términos sociales; pero sólo recientemente las habilidades sociales han sido objeto de estudios adecuadamente estructurados y sistematizados. En el siguiente apartado se exponen algunos aspectos relacionados con la conceptualización y clasificación de las mismas.

1. Fundamentos conceptuales y definición de las habilidades sociales

El estudio científico y sistemático de las Habilidades Sociales (de aquí en adelante: H.S.) tiene tres fuentes. Las dos primeras se originaron en los Estados Unidos y se apoyan, la primera, en el trabajo de Salter (1949) influido por los estudios pavlovianos y continuado por Wolpe (1958) primer autor que empleó el término "asertivo"; y la segunda, constituida por los trabajos de Zigler y Phillips (1960,1961) sobre la "competencia social". La tercera fuente se sustenta en el concepto de "habilidad" aplicado a las interacciones hombre-máquina que implicaba características perceptivas, motoras y decisorias, de abundantes trabajos en Inglaterra. En Estados Unidos se dio una serie de evoluciones de diferentes términos hasta llegar al de "habilidades sociales". Primero, Salter (1949) empleó la expresión "personalidad exitatoria". Más tarde, Wolpe (1958) la sustituyó por la de "conducta asertiva". Posteriormente, Lazarus (1971) propuso cambiar el término de Salter por el de "libertad

emocional", considerando dentro de él las habilidades de dar retroalimentación honesta; y Liberman, King, Derisi y McCann (1975) consideraron el término "efectividad personal". Fue hasta mediados de los años setentas cuando el término "habilidades sociales" se empleó como sustituto de conducta asertiva, aunque en la actualidad algunos autores utilizan ambos términos como sinónimos (Caballo, 1993).

En torno a lo que se considera como una conducta socialmente habilidosa ha habido grandes problemas. Se han dado numerosas definiciones, sin llegar todavía a un acuerdo unánimemente aceptado.

Meinchenbaum, Butler y Gruson (1981) afirman que es imposible desarrollar una definición consistente de competencia social puesto que es parcialmente dependiente del contexto cambiante. La habilidad social debe considerarse, agregan, dentro de un marco cultural determinado, y los patrones de comunicación varían ampliamente entre culturas y dentro de una misma cultura, dependiendo de factores tales como la edad, sexo, la clase social, y la educación. Además, el grado de efectividad de una persona dependerá de lo que desea lograr en la situación particular en que se encuentre; la conducta considerada apropiada en una situación puede ser inapropiada en otra. También el individuo trae a la situación sus propias actitudes, valores, creencias, capacidades cognitivas y un estilo propio de interacción.

Argyle (1981) opina que es probable que las H.S. dependan de la maduración y de las experiencias de aprendizaje, ya que los individuos, sociales por naturaleza, están constantemente influidos por una serie de factores sociales que favorecen la emisión de determinados patrones de conducta, y pueden inhibir aquellos que pueden ser los más relevantes para un desarrollo adaptativo.

Por su parte, Kelly (1992) señala que una manera de caracterizar o definir las h.s. se basa en su función o utilidad para el individuo. Algunas sirven para facilitar el establecimiento de relaciones con los demás. Otras, aunque se emplean en un contexto interpersonal, sirven para alcanzar objetivos o conseguir reforzadores que en sí, no son de naturaleza social. Otras, principalmente para impedir que los demás eliminen o bloqueen el reforzamiento a que el individuo tiene derecho.

Roth (1986) señala que la definición de habilidad tiene que ver con la naturaleza del objeto de estudio, según sea entendido como fisiológico, conductual o social, o como la interacción de estas tres naturalezas, o una de ellas como primordial sobre las restantes. En tal caso se definirá como "habilidad", "competencia" o "destreza social" respectivamente.

Arkowitz (1981) opina que deben tomarse en cuenta, en cualquier definición de h.s., tanto el contenido como las consecuencias de las conductas interpersonales.

A continuación se exponen algunas definiciones revisadas por Caballo (1987), de la conducta socialmente habilidosa/conducta asertiva que proponen diversos autores:

- ◆ "La expresión adecuada, dirigida hacia otra persona, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad" (Wolpe, 1977, p.96).
- ◆ "La capacidad compleja de emitir conductas que son reforzadas positiva o negativamente, y de no emitir conductas que son castigadas o extinguidas por los demás" (Libet y Lewinsohn, 1973, p.304).
- ◆ "La conducta impersonal que implica la honesta y relativamente directa expresión de sentimientos" (Rimm, 1974, p.81).
- ◆ "La habilidad de buscar, mantener o mejorar el reforzamiento en una situación interpersonal a través de la expresión de sentimientos o deseos cuando esa expresión se arriesga a la pérdida de reforzamiento o incluso al castigo" (Rich y Schroeder, 1976, p.1082).
- ◆ "La capacidad de expresar interpersonalmente sentimientos positivos y negativos sin que de como resultado una pérdida de reforzamiento social" (Hersen y Bellack, 1977, p.512).
- ◆ "La conducta que permite a una persona actuar según sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los demás" (Alberti y Emmons, 1978, p.2).
- ◆ "El grado en que una persona se puede comunicar con los demás de manera que satisfaga los propios derechos, necesidades, placeres u obligaciones hasta un grado razonable sin dañar los derechos, necesidades, placeres u obligaciones similares de la otra persona y comparta estos derechos con los demás en un intercambio libre y abierto" (Phillips, 1978, p. 13).
- ◆ "Un conjunto de conductas identificables, aprendidas, que emplean los individuos en las situaciones interpersonales para obtener o mantener el reforzamiento de su ambiente" (Kelly, 1992, p. 27).

Como se puede ver, algunas de estas definiciones consideran el contenido, o la expresión de la conducta (opiniones, sentimientos, deseos); otras consideran las consecuencias del comportamiento que aluden básicamente al reforzamiento social; unas más al contenido y a las consecuencias.

En este reporte se adopta la alternativa propuesta por Caballo (1993) que toma en cuenta tanto el contenido como las consecuencias, para una conceptualización completa de la conducta socialmente habilidosa y que la define como: ".....ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelven los problemas inmediatos a la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (p. 407).

No obstante, como señala Roth (1986), la carencia de una definición universalmente aceptada, una variedad de dimensiones que no acaban de quedar establecidas, unos componentes seleccionados según la intención de cada investigador, y la falta de un modelo que guíe la investigación sobre las h.s. son problemas actuales que todavía no han sido resueltos.

2. Modelos explicativos de las habilidades sociales

Se ha tratado desde hace tiempo de construir un modelo teórico que sirva de marco a la investigación de las h.s.. Existen actualmente dos enfoques en el estudio de las H.S., el conductual y el cognitivo-conductual. Dentro del enfoque conductual Roth (1986) incorpora los modelos etológico, de rasgos y molecular, y vinculados al enfoque cognitivo se encuentran los modelos antropomórfico, de los scrips, generativo, modelo del aprendizaje social y el de análisis de tareas. Seguidamente se describen someramente estos modelos.

2.1. Modelo etológico.

El aprovechamiento de los sistemas de medición de la interacción social en escenarios naturales, la observación directa de las secuencias conductuales y los registros temporales, así como la sincronía de la interacción que tiene que ver con el tipo de porción de conducta verbal que debe coincidir con la porción de conducta motora, ha sido alarmantemente descuidado, según Boice (1982) por la Psicología. En tal sentido, uno de los beneficios más importantes que la Etología puede aportar al estudio de las habilidades sociales son los recursos metodológicos usados por los estudiosos de esta disciplina, en relación a la obtención de datos.

El modelo etológico puede contribuir a la concepción de la conducta social desde el punto de vista darwiniano de la selección sexual, según el cual los roles sociales están influidos por las características sexuales. Además fortalece la noción de los rasgos en el estudio de la interacción social demostrando, por ejemplo, que la "impasividad" constituye un rasgo general del comportamiento social hábil, de tal manera que, desde la perspectiva etológica, la impassividad se convierte en un objetivo deseable (antagónico de la ansiedad), en la competencia social, mediante el entrenamiento directo.

Otra aportación interesante, derivada de la experiencia de los etólogos en el estudio de la conducta animal, es su conocimiento de la comunicación no verbal que puede ser referida significativamente a la expresión de la afectividad.

2.2. Modelo de los rasgos

En este modelo se analizan las habilidades sociales como un constructo hipotético que refleja, en general, las características subyacentes de la personalidad. De acuerdo con ésto las

habilidades no son directamente observables, sino indicadores burdos de una determinada personalidad. Por ejemplo, la persona que se comporta de una manera "asertiva" o "ansiosa" es considerada como tal; en este sentido la asertividad o ansiedad son rasgos de la personalidad del individuo, por lo que este modelo resulta tautológico o circular para el concepto de H.S., a juicio de McFall (1982), puesto que cuando se observa la ejecución satisfactoria de una persona en una situación interaccional, se requiere que la persona deba "tener" un nivel satisfactorio de habilidades sociales; y finalmente, se entiende que la persona las ejecuto satisfactoriamente porque tuvo un nivel satisfactorio de H.S.

La concepción de las H.S. en el modelo de rasgos supone que el nivel de las H.S. de una persona deberá ser razonablemente estable a través del tiempo y relativamente consistente en cualquier situación. De tal manera, que una persona que se conduce hábilmente en una situación interpersonal, deberá ejecutar a ese mismo nivel en la misma situación en el futuro en otras tareas interpersonales.

2.3. Modelo molecular.

La concepción conductual molecular de las H.S. se desarrolló contrariamente a la inadecuación del modelo de rasgos, por lo que se considera en el polo opuesto a esta concepción en muchos sentidos.

La definición de las H.S. se construyó en cuanto a las unidades observables de conducta, que constituyen las partes de la ejecución total del individuo en cada situación interpersonal. En este sentido, las H.S. son un atributo de una situación de una conducta específica, no de la persona en sí; la persona no tiene una cierta cantidad de H.S., más bien, la persona actúa más o menos hábilmente en una situación particular en un tiempo particular. En este caso, las habilidades no son vistas como algo inherente a la conducta a través del tiempo y la situación, sino como conductas aprendidas en situaciones específicas. Así, una persona que se conduce hábilmente hoy en una situación particular, puede no hacerlo mañana; las H.S. de una persona no se refieren a las cualidades personales de esa persona (McFall, 1982).

De manera general, la aproximación conductual define a las h.s. como un término genérico que designa el grado de adecuación que puede lograr una persona en situaciones de interacción que tienen lugar en un contexto interpersonal, independientemente del lugar, los objetos personales o los participantes implicados (Conger y Conger, 1982).

Desde esta perspectiva, se tiende a destacar los componentes conductuales del episodio interactivo y a pasar por alto las variables cognitivas a las que se atribuye un carácter casual del comportamiento hábil. Las H.S. son vistas como un conjunto de respuestas objetivas integradas por una variable contextual, la cual supone que no existe ninguna conducta particular que pueda ser considerada como hábil o inhábil por sí misma; ello dependerá de su desempeño exacto en el momento preciso. De esto se concluye que la definición de H.S. requiere del desarrollo de una taxonomía que permita la clasificación de conductas y situaciones que distinga la naturaleza interactiva del fenómeno, y de un análisis

exhaustivo de los componentes que particularizaron cada habilidad con el fin de lograr una aceptable validez de contenido (Roth, 1986).

En resumen, la definición de la aproximación conductual tiene un carácter operacional, sugiere la presencia de elementos moleculares como indicadores de la competencia, otorga importancia al episodio interactivo y a la influencia situacional, y requiere de procesos evaluativos observacionales.

2.4. Modelo antropomórfico.

Este modelo, formulado por Harre y Secord (1972), considera al ser humano como agente reflexivo y racional capaz de escoger los medios más adecuados para lograr sus fines y satisfacer sus necesidades. En este sentido, la persona puede "observar su observación", proceso que permite la autointervención; por lo cual, señalan los autores, se considera a la persona no sólo como agente, sino como observadora activa y crítica de su propia conducta.

Para los autores el argumento empírico es discutible, pues la realidad social no es objetiva sino intersubjetiva. Argumentan, además, que debería estudiarse la estructura y génesis de los "episodios sociales formales" como modelo, para comprender la naturaleza de los "episodios informales", entendiendo por episodio un conjunto de acciones integradas.

2.5. Modelo de los scripts.

El modelo es llamado también etógeno y propone que parte de nuestro conocimiento está organizado alrededor de una infinidad de situaciones estereotípicas que implican actividades rutinarias; a través de experiencias tanto directas como vicarias, cada persona adquiere centenares de estereotipos culturales. Se utiliza el término "script" para referirse a un estereotipo fijado en la memoria. Los scripts suponen roles, objetos, condiciones, secuencias de acciones, y resultados de las acciones. Esta información queda disponible cuando la persona se expone a las condiciones propicias para la emisión de la habilidad (Harre, 1977).

2.6. Modelo generativo.

Trower (1982) define las H.S. como la confluencia de variables cognitivas, aunque organizadas a la manera de un sistema cibernético tipo TOTE (*Test- operación- test- éxito*). Las variables más importantes que considera el modelo son: a) capacidad de monitoreo, b) capacidad de ejecución, c) metas y propósitos, y d) representaciones cognitivas y funciones lógicas.

Este modelo, surgido a partir de las consideraciones propuestas por el modelo antropomórfico y del aprendizaje social, supone que cada vez que la atención se dirige hacia el medio ambiente exterior, la naturaleza de la información proveniente del mismo es

procesada con el fin de establecer una clasificación de entrada o esquema. Dicho esquema constituye el conocimiento existente que contextualiza la información. El modelo generativo identifica la competencia social como el proceso de la observación (monitoreo interno y externo) y el seguimiento de las reglas acordes con el esquema cognitivo existente.

Una ejecución hábil resultaría del monitoreo atento de señales externas, interpretadas con base en un complejo cognitivo preexistente, integrado por reglas sociales y normas de valencia positivas y negativas que permiten la toma de decisiones para el logro de la metas deseadas (Trower, 1982).

2.7. Modelo del aprendizaje social.

Se destaca en este modelo propuesto por Mischel (1973), para la definición de las h.s., las construcciones y esquemas cognitivos. Dentro de la versión de la teoría cognoscitiva de la interacción social, se apoya en las formulaciones del aprendizaje social, contribuyendo con cinco sugerencias para el entendimiento del proceso interactivo. En primer término, destaca que todo individuo adquiere información relevante, a través del *aprendizaje observacional*, proceso mediante el cual se presenta la posibilidad de la organización conductual mediante la integración y el procesamiento de la información (proceso eminentemente cognitivo). En segundo término se recalcan *los constructos personales y las estrategias de codificación* como variables cognoscitivas que influyen sobre la respuesta del individuo, su atención y su interpretación de la situación social. En tercer lugar, Mischel destaca la importancia de *las variables expectativas* que determina la selección de la conducta de la persona de entre muchas posibilidades disponibles. En cuarto lugar se enfatizan *los valores subjetivos de la persona*; la emisión de su conducta puede depender, en cierto grado, del juicio valorativo que el individuo haga sobre el producto de ésta, lo cual lleva a prestar atención a sus preferencias. En quinto término se advierte la existencia de un *sistema regulatorio* de la conducta a través del cual la persona es capaz de reaccionar ante su propio comportamiento de manera crítica.

2.8. Modelo de análisis de tareas.

A partir de la crítica a las limitantes del modelo de rasgos y molecular, McFall (1982) intentó una reformulación del concepto de H.S., estableciendo distinciones concretas entre competencia, habilidad y tarea. En relación a la *Competencia*, ésta se emplea como un término evaluativo general que se refiere a la calidad o adecuación de la ejecución total de una persona en una tarea determinada. El término *Habilidades* expresa las capacidades específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea; estas habilidades pueden ser innatas o adquirirse por medio del entrenamiento y la práctica. La palabra *Tarea* indica la condición necesaria para juzgar la competencia de la ejecución; ésta constituye el instrumento más apropiado para segmentar y organizar eventos. *Social* es el adjetivo que se emplea para calificar los términos competencia y habilidad; este adjetivo se refiere al hecho de que el interés en la conducta de una persona tiene lugar desde una perspectiva social. Por otra parte,

la conducta social se conceptualiza sobre las bases de la reciprocidad y la influencia mutua, no solo se encuentra influido el individuo por las respuestas de los demás, sino que también influye sobre los otros para que modifiquen su conducta.

Como la competencia de una persona no puede ser considerada en abstracto, ésta debe ser estudiada con referencia a una tarea concreta. La especificación cuidadosa de las características de la tarea constituyen el análisis de la tarea. Entre las metas del análisis están el descubrir las leyes que gobiernan la interacción social, identificar los criterios para discriminar entre ejecuciones adecuadas e inadecuadas, y examinar de qué manera la ejecución de una tarea se relaciona con otras dentro del sistema de vida de la persona.

El modelo, además, intenta analizar la ejecución con base en la acción unitaria e integrada de los sistemas fisiológico, cognitivo y conductual. El nivel fisiológico, vinculado a los procesos sensoriales ejerce una función decodificadora de la información (recepción, percepción e interpretación). El nivel cognitivo es el estadio de toma de decisiones integrado por cinco pasos: a) búsqueda de elementos que respondan a los requerimientos de la tarea, b) prueba de la correspondencia entre respuesta alternativa y la demanda de tarea, c) selección de la óptima respuesta para una solución particular, d) búsqueda en el repertorio de la persona de respuestas seleccionadas, y e) evaluación de la utilidad de la respuesta. El tercer nivel corresponde al estadio de codificación e implica dos pasos: la ejecución que traduce a la acción la respuesta seleccionada en el nivel cognitivo (ejecución de respuestas verbales, musculares y autónomas), y la auto-observación que advierte el grado de descripción entre el impacto intentado y el logrado. (McFall, 1982).

En un contexto más general, Bandura (1978) ha argumentado que la persona, el ambiente y la conducta constituyen una importante contribución a las variables fundamentales que tienen que ser consideradas para comprender y predecir la actuación adecuada. Desde la teoría del Aprendizaje Social, las habilidades se entienden como conductas aprendidas. Se postula que el desarrollo de la conducta, incluido el estilo interpersonal de un individuo, puede describirse, explicarse y predecirse con precisión partiendo de los principios de esta teoría; y si se es capaz de especificar la historia de aprendizaje de un individuo, también se puede comprender su forma de manejar las situaciones, entre las que se encuentran aquellas que requieren respuestas socialmente eficientes.

La teoría del Aprendizaje Social aplicada al desarrollo de habilidades se basa en los principios del condicionamiento operante, pero teóricos como Bandura (1978), Mischel (1973), Trower (1982), y Meichenbaum y cols. (1981), han elaborado principios de aprendizaje para referirse a los efectos del aprendizaje vicario, las expectativas de índole cognitiva, el valor subjetivo del reforzamiento, la especificidad situacional de la conducta y el papel de las conductas cognitivas. Posteriormente, en una formulación más avanzada, Bandura (1982) postula que la teoría del aprendizaje social es interaccionista, interdisciplinaria y multimodal

Últimamente se ha intentado establecer un modelo general de las habilidades sociales, sustentado, básicamente, en los modelos de McFall (1982), Meichenbaum, Butler y Cruson

(1981), y Trower (1982), llamados "interactivos" porque enfatizan el papel de las variables ambientales, las características personales y las interacciones entre ellas para producir la conducta. Estos trabajos amplían los conceptos del modelo operante en relación a la validez social, inclusión de los componentes encubiertos, la consideración de un contexto social específico, y la influencia de las personas en las situaciones (Schroeder y Rakos, 1983).

Ahora bien, si se entienden las habilidades sociales como estrategias aprendidas con una funcionalidad específica, resultará obvia la importancia de determinar de qué manera se adquieren normalmente durante el desarrollo. En el siguiente apartado se describe el modelo de adquisición de habilidades propuesto por Kelly (1992), basado en la teoría del Aprendizaje Social para especificar los factores responsables del aprendizaje natural de tales habilidades.

3. Adquisición de las habilidades sociales

El concepto de aprendizaje se centra básicamente en el comportamiento; en consecuencia, el contenido de éste es la actividad de una persona en su ambiente social, donde el tipo y la fuerza de un patrón particular de respuesta o respuestas a estímulos emocionales, y de la apreciación del propio comportamiento, se consideran como **resultado de operaciones de los mismos principios que modelan cualquier comportamiento, junto con las condiciones sociales y biológicas** (Kanfer y Phillips, 1980).

El aprendizaje básico, según Bandura (1982), para que se adquieran las h.s. es el observacional; debido a la importancia que concede a las expectativas, la información, la autosatisfacción y la autocrítica, la teoría del Aprendizaje social favorece la ampliación del conocimiento, no sólo de cómo las personas aprenden destrezas y habilidades, sino también, de cómo se transmiten en las sociedades las actitudes, valores e ideas.

En este trabajo se asumen los principios de la teoría del Aprendizaje Social, considerados como uno de los soportes teóricos más importantes para la explicación de la adquisición de las H.S. Según esta teoría, las habilidades sociales se adquieren normalmente como consecuencia de varios mecanismos básicos de aprendizaje. Entre ellos se incluyen, de acuerdo con Kelly (1992) los siguientes:

Reforzamiento positivo directo y castigo.- Desde la infancia las conductas se desarrollan y mantienen por las consecuencias reforzantes. Con el tiempo, el repertorio de conductas interpersonales del niño va siendo mucho más elaborado, variado y verbal, a la par que aquellos sucesos que adquieren propiedades reforzantes se desvían progresivamente de las funciones primarias, diversificándose y extendiéndose en el ámbito social.

Experiencia observacional.- Bandura (1982) describió la influencia del aprendizaje observacional o vicario en la conducta social y demostró su efecto a lo largo de un extenso número de estudios. La exposición a un modelo puede conllevar alguno de estos tres efectos: 1) el efecto de modelado, en el que el observador del modelo, por el hecho de observarlo, adquiere una nueva conducta que no emitía previamente; 2) el efecto de desinhibición, según

el cual la exposición al modelo hace que el observador emita con mas frecuencia una conducta que ya existía; 3) el efecto de inhibición, por el cual el observador reduce la frecuencia de emisión de una conducta que era frecuente antes del modelo.

Retroalimentación.- Se adquiere de la información que otorga la persona con la que se interactúa a partir de su reacción. Si una conducta social en una situación dada se refuerza por sus buenos resultados, no solamente tenderá a repetirse, sino que ira mejorando su efectividad a lo largo del tiempo. La retroalimentación puede ser de naturaleza positiva o negativa. En el primer caso, fortalecerá ciertos aspectos de una conducta social; cuando es negativa, actúa debilitando aspectos particulares de la conducta.

Expectativas cognitivas.- Son creencias o predicciones que tiene un individuo sobre la probabilidad percibida de poderse desempeñar adecuadamente en determinadas situaciones.

Por otra parte, si bien es cierto que las habilidades se adquieren, también hay que considerar que se pueden inhibir o perderse. Se han discutido una serie de razones que impedirían a un sujeto manifestar una conducta socialmente habilidosa. Hersen y Bellack (1980) creen que la mayoría de estos factores pueden agruparse en cuatro modelos fundamentales:

1. **Modelo de déficit de habilidades sociales.** El individuo evidencia déficit porque no ha aprendido la conducta asociada, o no lo suficiente para aplicarla, por lo tanto, no maneja la situación interpersonal apropiadamente.
2. **Modelo de ansiedad condicionada.** El individuo tiene habilidades sociales en su repertorio, pero está inhibido porque las respuestas fueron castigadas o socialmente inapropiadas, a través de experiencias aversivas.
3. **Modelo cognitivo-evaluativo.** Las habilidades sociales inadecuadas son una falta de valoración en la ejecución de la interacción social y las consecuencias aversivas a las que conlleva.
4. **Modelo de la discriminación.** La falta de habilidades sociales, se debe a que no se sabe como emitir la conducta social específica para una situación social específica.

Numerosos investigadores han señalado los déficits en las habilidad social como una base para los principales trastornos emocionales. Se han hecho investigaciones de tipo conductual que arrojan resultados favorables y dan cuenta de esta vinculación. Al respecto, Curran (1985) apunta que la evidencia presentada por estos estudios es fundamentalmente asociacionista y no implica una relación directa de causa-efecto. Son posibles varias interpretaciones diferentes, argumenta el autor, sobre las asociaciones establecidas: a) la inadecuación social puede considerarse como un factor que predispone a los individuos a desarrollar un rango de trastorno emocional; o alternativamente, la inadecuación social puede considerarse como una consecuencia o indicador del trastorno; b) tanto el trastorno como la inadecuación social podrían ser consideradas como problemas que tienen etiologías separadas; o tener una relación cíclica mutua; c) puede ser que ninguna tenga un efecto causal sobre la otra sino que ambas estén relacionadas con un tercer factor no determinado. No

obstante, si la incompetencia social predispone, mantiene o aumenta el trastorno emocional de un individuo, es bastante claro que se convierte en un objetivo básico de tratamiento.

Por otra parte, si la incompetencia social no está relacionada con el trastorno, todavía puede seguir siendo una conducta objetivo que merezca tratamiento, ya que es molesta para el individuo. En el siguiente apartado se hace una revisión de las investigaciones realizadas entre la existencia de un déficit en las relaciones interpersonales y la depresión como trastorno emocional.

4. Estudios realizados sobre la relación entre las habilidades sociales y la depresión.

Existe evidencia fáctica respecto a la relación entre el manejo de las habilidades sociales y la depresión; sin embargo, no se pretende asegurar que la carencia de habilidades sociales sea el único generador del trastorno depresivo; sólo constituye uno de tantos elementos de un fenómeno muy complejo. Etiológicamente se considera a la depresión proveniente de una pérdida de reforzadores a causa de déficit en habilidades interpersonales (Lewinsohn, 1975). Ya anteriormente, Ferster (1965) había evidenciado el reducido repertorio conductual adaptativo de los depresivos. Con la inclusión de la idea del déficit en las habilidades sociales, se otorgó al problema de la depresión una dimensión social, puesto que se consideraba el reforzamiento contingente deficitario básicamente de carácter social, como fruto de una pérdida creciente de valor cuantitativo y cualitativo de la interacción interpersonal. El individuo depresivo no sólo no recibe reforzamiento de otras personas, sino que tampoco es capaz de darlo (Lewinsohn y Shaffer, 1971). Desde esta perspectiva, el entrenamiento de habilidades sociales es uno de los principales tratamientos de la depresión.

Numerosos estudios dan cuenta de la aplicación del Entrenamiento de las Habilidades Sociales en problemas depresivos; a continuación se mencionan algunos de ellos:

- ◆ Lazarus (1968) trató a un paciente depresivo exógeno con un programa de entrenamiento de habilidades sociales, e informó que con este procedimiento desapareció la depresión y no volvió a reaparecer en un seguimiento de tres años.
- ◆ Sánchez y Lewinsohn (1980) encontraron una correlación de $r = -0.50$ entre la asertividad y la depresión a lo largo de un periodo de 12 semanas en doce pacientes deprimidos.
- ◆ Hersen y Bellack (1984) condujeron un estudio en el que se dio tratamiento en habilidades sociales a cinco pacientes femeninas catalogadas como depresivas, que mejoró el funcionamiento interpersonal y redujo significativamente la depresión.
- ◆ Coyn (1976) encontró que los pacientes deprimidos provocaban hostilidad y estados de humor negativos en los demás y eran, consecuentemente, rechazados por ellos.
- ◆ Lefevre y West (1981) hallaron una correlación negativa de $r = -.54$ entre el nivel de habilidad social y la susceptibilidad a la depresión.

- ◆ Bellack y Morrison (1982) probaron la eficacia del entrenamiento de habilidades sociales contrastado con otros cuatro tratamientos con fármacos. Se encontró que los cuatro tratamientos eran efectivos, pero había una diferencia significativa en el abandono prematuro de los tratamientos con fármacos.
- ◆ Spirito y Hark (1990) examinaron la relación entre depresión, conducta suicida y déficit de habilidades sociales en 41 adolescentes; después de evaluar la depresión y las habilidades sociales, los resultados obtenidos arrojaron una correlación de $r = -0.56$ entre las variables.
- ◆ Beck, A. (1967); Levitt y Lubin (1975), señalan que los estados depresivos van acompañados de una notable reducción en la tasa de actividad interpersonal.

Se considera a la adolescencia como el periodo más crítico para el aprendizaje de la conducta social, en donde comúnmente se adquieren los repertorios sociales de las personas con las que se relacionan; de tal manera que el funcionamiento social en esta etapa no depende completamente de los padres en el seno familiar; sus iguales y autoridades en el ámbito escolar son modelos muy importantes y fuentes de reforzamiento muy especial. La adquisición de habilidades es de especial relevancia en esta etapa, ya que el adolescente atraviesa por cambios biológicos, psicológicos y sociales, los cuales propician que el joven entre a un nuevo rol de interacción social, en donde, para algunos, el proceso de cambio podría resultar difícil. En este sentido, de acuerdo con Ríos (1994), la presencia en el adolescente de cierto tipo de inhabilidad individual (autocontrolarse, no saber tomar decisiones, resolver problemas) o inhabilidad social (establecer relaciones amistosas, hablar en público) podría estar vinculada a ciertos trastornos conductuales y emocionales como la agresión, el aislamiento social, o la depresión, entre otros. Por su parte, Mussen (1990) plantea que las interacciones sociales de los adolescentes son más complejas y tienen más ramificaciones que las de los niños de menor edad. Los adolescentes, agrega el autor, viven simultáneamente en dos mundos, uno de niños y otro de adultos, al mismo tiempo que tienen muchas demandas nuevas, urgentes y conflictivas sobre sí: escoger una vocación, alcanzar cierta independencia de la familia, adaptarse al medio de acuerdo a las nuevas exigencias, por ejemplo. Además, como los adolescentes tienen mayor movilidad que los niños pueden tener relaciones más extensas; de ahí que los jóvenes tengan más oportunidad de adquirir actitudes, costumbres y sistemas de valores nuevos que pueden coincidir o no con los propios, por lo que el aprendizaje continuo de habilidades sociales es muy importante para su adaptación al medio social.

El uso explícito del término habilidades sociales significa que la conducta interpersonal consiste en un conjunto de capacidades de actuación aprendidas. A este respecto, el modelo conductual enfatiza que: a) la capacidad de respuesta tiene que adquirirse, b) que consiste en un conjunto identificable de capacidades específicas, y c) que la probabilidad de ocurrencia de cualquier habilidad en cualquier situación crítica está determinada, como ya se anotó, por factores ambientales, variables de la persona, y la interacción de ambos. Por ello, una conceptualización adecuada de la conducta socialmente

habilitosa implica la especificación de tres componentes de la habilidad social. una dimensión conductual (tipo de habilidad o conducta), una dimensión personal (variables cognitivas o habilidades que procesan la información) y una dimensión situacional (contexto ambiental), de acuerdo con Caballo (1993).

Seguidamente, se considera la dimensión conductual para especificar los diferentes tipos de conducta que se requieren en diferentes situaciones, y se describe la clasificación propuesta por Goldstein (1981).

5. Clasificación de las habilidades sociales: tipos de respuestas.

Como ejemplificó Lazarus (1973), las clases de respuestas que se requieren para iniciar una conversación son necesariamente diferentes de las clases de respuestas para defender los derechos básicos. Este autor estableció por primera vez las principales clases de respuestas o dimensiones conductuales que abarcan las habilidades sociales (asertividad). En general, identificó cuatro tipos:

- 1.- La capacidad para decir no.
- 2.- Capacidad para pedir favores o hacer peticiones.
- 3.- Capacidad para especificar sentimientos positivos y negativos.
- 4.- Capacidad de iniciar, mantener y terminar conversaciones.

Posteriormente, Caballo (1993) después de haber hecho un estudio exhaustivo de una extensa literatura sobre el tema, considera una lista de 12 dimensiones conductuales (clases de respuestas) como las más aceptadas. Éstas son las siguientes: hacer cumplidos; aceptar cumplidos; hacer peticiones; expresar amor, agrado y afecto; iniciar y mantener conversaciones; defender los propios derechos; rechazar peticiones; expresar opiniones personales, incluido el desacuerdo; expresión justificada de molestia, desagrado o enfado; petición de cambio de conducta del otro; disculparse o admitir ignorancia; y afrontar las críticas.

Goldstein (1981) sugirió una clasificación de las diferentes habilidades sociales que debiera poseer todo ser humano para interactuar adecuadamente. La clasificación estaba compuesta de 59 habilidades, que a la vez se subdividían en seis grupos, desde las habilidades más sencillas, que llama de inicio, tales como, saber escuchar o iniciar una conversación, hasta las más complejas que agrupa bajo el rubro de habilidades de planeación. Posteriormente presenta una nueva clasificación que incluye 50 habilidades sociales, consideradas como necesarias para que un adolescente interactúe adecuadamente, y propone una escala para medirlas. En México, Ríos (1994) tradujo esta escala, y la validó y confióbilizó con población adolescente; misma que en este trabajo se utiliza para evaluar las habilidades de un grupo seleccionado para proporcionar entrenamiento.

Por otra parte, antes de evaluar hasta que punto es adecuada una habilidad, tienen que reconocerse los elementos conductuales que, en conjunto, componen el manejo efectivo del

tipo de situaciones en que el sujeto pudiera encontrar dificultades. Por ello, es importante distinguir con objetividad qué es lo que hacen exactamente las personas socialmente competentes cuando participan en ciertas interacciones. A continuación se analizan las conductas que parecen estar comprendidas dentro de varios tipos de habilidades interpersonales.

6. Componentes conductuales de la habilidades sociales.

La concepción conductual de la habilidad social ha enfatizado, para el procedimiento de evaluación dos niveles de análisis: *el molar* y *el molecular*. Las categorías molares son tipos de habilidad general como la asertividad, la habilidad heterosocial o la capacidad de actuar con efectividad en una entrevista laboral. Se supone que cada una de estas habilidades generales depende del nivel y de la forma de una variedad de componentes moleculares de respuesta como el contacto ocular, el volumen de la voz, o la postura corporal. Este análisis a dos niveles ha sido una fuente de considerable confusión sobre lo que se debe evaluar concretamente. Algunos investigadores optan por la evaluación de categorías globales, otros miden componentes específicos, y otros más evalúan los dos niveles.

El enfoque molar evita evaluaciones objetivas, específicas, y se sustenta en evaluaciones generales, subjetivas. Su principal desventaja consiste en que no indican específicamente que es lo que está haciendo bien o mal el sujeto. El enfoque molecular está muy relacionado al modelo conductual de la habilidad social. La conducta interpersonal se divide en elementos componentes específicos. Estos elementos son medidos de una forma objetiva, y sus medidas son altamente confiables, con una buena validez aparente. Sin embargo, tiene el problema en exagerar el grado significativo para medir esas características de respuestas estáticas, ya que el impacto social esta determinado no por el número de segundos del contacto ocular, por ejemplo, sino por un complejo patrón de respuestas que tienen lugar en conjunción con las de la otra persona en interacción. Otra cuestión, es la de decidir qué elementos moleculares constituyen una determinada conducta molar. Una tercera cuestión, plantea el tema de cómo se relacionan entre si los componentes moleculares para producir una conducta molar habilidosa. A pesar de estos problemas, el enfoque molecular, como señalan Bellack y Morrison (1982) puede resultar más útil para construir una estrategia de evaluación socialmente válida. Por todo esto, los autores aconsejan emplear los dos procedimientos conjuntamente.

Para resumir el enfoque del análisis de los componentes para la descripción de las HS, se puede seguir a Kelly (1992) que señala que la descripción conductual más objetiva se basa en la especificación de elementos **verbales** y **no verbales**. Caballo (1988) en una revisión de 90 trabajos, que emplearon componentes conductuales en su investigación, encontró los elementos de las h.s. más utilizados, agrupados de la siguiente manera: componentes no verbales, elementos paralingüísticos o vocales, componentes verbales, y componentes mixtos más generales. Los más comunes han sido la mirada/contacto ocular, las cualidades de la voz, el tiempo de conversación y el tiempo verbal de la misma.

En la descripción de los componentes conductuales, se han tomado como referencia los elementos conductuales, observables. Este énfasis en la conducta observable es también característico de la terapia de conducta, y en general de la mayor parte de la literatura sobre las habilidades sociales. No obstante, últimamente se ha dado un progresivo auge en la consideración de la conducta encubierta (pensamientos, creencias, procesos cognitivos); a pesar de que los elementos cognitivos básicos para una actuación habilidosa están todavía por establecerse; se puede decir lo mismo de los elementos fisiológicos; el trabajo realizado sobre este tema ha sido mínimo y con resultados poco halagüeños (Caballo, 1993).

La importancia de dividir a la conducta en sus componentes verbales y no verbales radica en que son útiles tanto para la evaluación como para el entrenamiento de las habilidades sociales. A este respecto, desde la perspectiva cognitivo-conductual, el entrenamiento, como proceso terapéutico para la prevención o modificación de las conductas depresivas, se basa en los siguientes supuestos: a) el adolescente deprimido posee los requisitos de respuesta necesarios para una adecuada interacción social, pero éstos se pierden por efectos de la ansiedad; b) las respuestas se perdieron en el transcurso del trastorno; o c) el sujeto no tiene dichas respuestas en su repertorio. De cualquier manera, la confrontación directa o indirecta del repertorio acusa la inexistencia de las respuestas en cuestión, lo que hace que el adolescente requiera un entrenamiento pormenorizado para la superación del déficit.

En el capítulo siguiente se expone la metodología empleada para entrenar las habilidades sociales específicas, relacionadas con el estado depresivo de los adolescentes, y los aspectos metodológicos que la conforman.

CAPÍTULO CUATRO
ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES:
METODOLOGÍA

Origen y desarrollo.
Aproximación conductual.
Entrenamiento grupal de habilidades sociales.
El Aprendizaje Estructurado.
Aspectos metodológicos.

El Entrenamiento en Habilidades Sociales (de aquí en adelante, EHS) está considerado como una estrategia de las más frecuentemente utilizadas para el tratamiento de los diversos problemas conductuales para mejorar las relaciones interpersonales y la calidad de vida. Desde sus inicios, se ha extendido como uno de los procedimientos de intervención más ampliamente utilizados dentro de los servicios de la salud mental.

Se puede definir el Entrenamiento de las Habilidades Sociales (EHS) como un enfoque de la terapia dirigida a incrementar la competencia de la actuación en situaciones críticas de la vida (Mc Fall, 1982). También se le ha descrito como un intento sistemático de enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos, con la intención de mejorar su competencia en clases específicas de situaciones sociales (Caballo, 1993). En este capítulo se proporciona una panorámica general sobre su origen y desarrollo.

1. Origen y desarrollo

El reconocimiento de la importancia de las Habilidades Sociales (HS) se retrotrae a los años treinta, en los que se realizan una serie de estudios psicosociales centrados en la socialización infantil, relacionados con problemas del desarrollo del aprendizaje. No obstante, es hasta los años sesenta cuando se realizan investigaciones sistemáticas sobre el tema, y se configuran los primeros procedimientos de entrenamiento en habilidades sociales. Son varios los hechos que contribuyen a ello:

- El desarrollo de métodos para el aprendizaje de respuestas emocionales y sociales, que permitan a los sujetos superar determinados problemas (como ansiedad, depresión, entre otros). Los primeros ensayos como los trabajos de Salter en su libro "Conditioned Reflex Therapy" (1949), en el que se describen técnicas de autoexpresión; y el de Wolpe "Psychotherapy by Reciprocal Inhibition, (1958) en el que se propone el entrenamiento de respuestas incompatibles (conducta asertiva) como método para reemplazar conductas desadaptadas.
- La realización de investigaciones como problemas psiquiátricos severos, a partir de los que se establece una relación directa entre la competencia social y la sintomatología patológica de los mismos, así como su posterior proceso de rehabilitación (Gil y García, 1995).
- La elaboración de un modelo teórico explicativo del funcionamiento de las H. S. aplicado al ámbito industrial (Argyle y Kendon, 1977).
- El desarrollo de los principios del aprendizaje social (Bandura, 1976), a partir de los cuales se impulsan los procedimientos cognitivos, incorporando la técnica del modelado como parte de los entrenamientos.

A partir de estos orígenes se han configurado dos orientaciones de estudio e intervención, representados por especialistas norteamericanos y europeos. Caracteriza a los

primeros el enfoque clínico, el empleo del entrenamiento asertivo y la preocupación por cuestiones metodológicas. Los europeos, en cambio, se especializan en el enfoque psicosocial, el empleo de entrenamientos, la preocupación teórica centrada en el modelo de las Habilidades Sociales, y el interés por el contexto tanto situacional como social y cultural.

Durante los años sesenta surgen publicaciones de numerosos textos de divulgación de los Entrenamientos de las Habilidades Sociales (EHS), bajo distintos rubros: Personal Effectiveness (Lieberman, DeRisi y McCann, 1975); Entrenamiento en Habilidades Sociales (Kelly, 1992); Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales (Caballo, 1993); Structured Learning Therapy (Goldstein, 1981); Las Habilidades Sociales en la Infancia: Evaluación y Tratamiento (Michelson, Sugai, Wond y Kazdin, 1987); Handbook of Social Skills Training (Hollin y Trower, 1986); Habilidades Sociales y Salud (Gil y Jarana, 1992); Manual para el educador social. Habilidades de comunicación en la relación de ayuda (Costa y López, 1991). Surgió también el desarrollo de numerosas investigaciones centradas en la validación de los EHS, que aparecen recogidos en obras de compendio y de divulgación como las de Alberti (1978), Bellack y Hersen (1980), Goldstein (1981), Curran y Monti (1982), Wilkinson y Canter (1982), entre otras.

Desde entonces, el interés de los especialistas ha ido variando progresivamente del tratamiento de casos individuales, al entrenamiento en grupo y aplicado a grupos particulares, incluyendo hospitales hasta centros penitenciarios; del tratamiento de casos clínicos, al entrenamiento de conductas sociales problemáticas (alcoholismo, drogadicción, delincuencia) y al desarrollo de programas centrados en la formación de habilidades de distintos profesionales (de la salud, de las empresas, de la educación). Se amplían aún más sus horizontes, considerando los entrenamientos de habilidades sociales como métodos psicoeducativos, en lugar de terapéuticos.

2. Aproximación conceptual

Desde sus inicios, el movimiento de formación de las HS ha estado vinculado con la terapia de conducta, bajo el rubro de entrenamiento asertivo. Uno de los supuestos teóricos más reconocidos, y que se relaciona directamente al EHS, señala que los trastornos que se encaran son adquiridos a través de una interacción dinámica con el ambiente social y que el déficit debe ser interpretado como la consecuencia de un defectuoso proceso de aprendizaje; en ese sentido, la superación del problema o eliminación del déficit debe sobrevenir a partir de la aplicación sistemática de procedimientos que optimicen el aprendizaje de los repertorios existentes. Esto implica la utilización del entrenamiento de habilidades sociales que involucren técnicas conductuales de adquisición y mantenimiento de repertorios (Roth, 1986). Consecuentemente, los entrenamientos en habilidades sociales, han sido orientados hacia la adquisición de las HS, y se fundamentan en los principios de la Teoría del Aprendizaje Social, basada en los principios del condicionamiento operante. El enfoque operante enfatiza la importancia de los antecedentes ambientales y sus consecuencias en el desarrollo y mantenimiento de la conducta. No obstante, teóricos como Rotter (1959), Bandura (1969) y Mischel (1973), por citar algunos, han elaborado principios de aprendizaje para referirse a los

efectos del aprendizaje vicario (modelado), las expectativas de índole cognitiva, el valor subjetivo del reforzamiento, la especificidad situacional de la conducta, y el papel de las conductas cognitivas (autoverbalizaciones y autoinstrucciones, por ejemplo).

Las técnicas que forman parte del EHS, se orientan hacia el control de los factores que interfieren negativamente en la exhibición de conductas competentes. Las características fundamentales de estos procedimientos (EHS) son:

- ◆ El modelo de adquisición de conductas en el que se basan, se orienta al desarrollo de habilidades nuevas y conductas alternativas a las que posee el sujeto, ampliando su repertorio.
- ◆ Se involucra a los sujetos como agentes activos de cambio; se tiene en cuenta su intención de cambiar, la aceptación y comprensión del procedimiento en sí, y su participación activa en todo el proceso de aprendizaje.
- ◆ Las ventajas con que cuentan, frente a otros tipos de psicoterapias tradicionales, tales como: la duración considerablemente breve, poseen una terminología simple y sencilla, permiten una gran flexibilidad y versatilidad para adaptarlos a distintas necesidades, se aplican fácilmente por distintos miembros del equipo de entrenamiento, y la formación breve y sencilla de entrenadores. (Kelly, 1992).

El EHS en su desarrollo completo, de acuerdo con Caballo (1993), implica cuatro elementos de forma estructurada. Dichos elementos son:

1.- Entrenamiento en habilidades sociales, en el cual se enseñan conductas específicas; se practican y se integran al repertorio conductual del individuo. Los entrenamientos están integrados por diversos conjuntos de técnicas cuya aplicación se dirige a la consecución de determinados objetivos particulares dentro de la estrategia general de aquellos (la adquisición de conductas). La planificación de estos objetivos y la aplicación de dichas técnicas se realiza de una forma coordinada. Las técnicas, los objetivos y la secuencia de aplicación son los siguientes:

- ◆ *Instrucciones y modelado*. Su objetivo es informar y hacer demostraciones de las conductas adecuadas.
- ◆ *Ensayo conductual*. Esta técnica consiste en que el sujeto reproduzca y practique esas conductas.
- ◆ *Retroalimentación y refuerzo*. Pretende moldear y perfeccionar las conductas exhibidas por el sujeto.

- ♦ *Conjunto de estrategias y técnicas.* (Aplicadas en el contexto del entrenamiento y fuera del mismo). Facilitan el mantenimiento y la generalización de las conductas aprendidas (Gil, y García, 1995).

Si bien es cierto que estas técnicas son capaces por sí mismas de lograr buenos resultados, existe una tendencia a integrarlas para formar con ellas "paquetes" de entrenamiento muy efectivos. Específicamente, éste es el elemento básico y más específico del entrenamiento. A veces, dependiendo del problema particular del sujeto, solo se emplea este procedimiento.

2.- Reducción de la ansiedad. Se emplea en situaciones sociales problemáticas. En este caso, se consigue dicha reducción de forma indirecta, poniendo en práctica la nueva conducta que es incompatible con la respuesta de ansiedad. Si el nivel de ansiedad es elevado, se puede usar directamente una técnica de relajación.

3.- Reestructuración cognitiva. En este caso se intentan modificar los valores, las creencias, las cogniciones y/o actitudes del sujeto. De la misma manera que sucede con el elemento anterior, éste tiene lugar frecuentemente de forma indirecta; es decir, la adquisición de nuevas conductas modifica las cogniciones del sujeto. No obstante, la incorporación de procedimientos cognitivos al EHS es muy habitual en la aplicación de esta técnica, a partir de la visión cognitiva de la terapia de conducta.

4.- Entrenamiento en solución de problemas. Consiste en enseñar al sujeto a percibir y procesar los "valores" de todos los parámetros situacionales relevantes 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. Este elemento no se lleva a cabo sistemáticamente en los programas de EHS, aunque generalmente se encuentra presente de forma implícita en todo el programa del entrenamiento.

La importancia del EHS varía según se utilice como técnica principal o como ayuda para otros procedimientos terapéuticos. No obstante, en todos los casos el EHS se interesa por el cambio de la conducta social; enseña a los individuos cómo formar relaciones más satisfactorias, a pedir lo que desean, a protegerse de las peticiones poco razonables y de las críticas, a ser capaces de abrirse a los demás. En resumen, la esencia del EHS consiste en intentar incrementar la conducta adaptativa y prosocial enseñando las habilidades necesarias para una interacción social más eficaz, con el fin de conseguir la satisfacción interpersonal.

El objetivo primordial, previo al EHS en sí mismo, consiste en identificar las habilidades específicas en las que el individuo tiene dificultades. La entrevista, el autorregistro (inventarios, escalas, cuestionarios) y la observación en la vida real, constituyen las herramientas más frecuentemente utilizadas en la determinación de problemas de inadecuación social. La delimitación de la naturaleza del problema es importante porque el tratamiento específico que se emplee puede depender, en cierta medida, de la clase de conducta problema. Una de las ventajas de la intervención basada en el EHS es que el

tratamiento se dirige directamente, de manera clara y comprensible para el sujeto, hacia los problemas interpersonales reales que se han evaluado u observado. Cuando el individuo entiende que algunos problemas emocionales o sociales (aislamiento, carencia de amigos, depresión, ansiedad social, agresión, entre otros) pueden ser consecuencia de unas habilidades inadecuadas para manejar las situaciones problemáticas, es posible que se de cuenta de que una forma de controlar mejor esas situaciones es a través de un EHS.

Resulta recomendable iniciar los EHS poniendo en contacto a los sujetos con el procedimiento a seguir y preparándolos para su participación, lo que puede hacerse en una entrevista inicial, entre entrenador y sujeto, a fin de que éste:

- ◆ Comprenda los principios básicos, cada una de sus técnicas, y el procedimiento a seguir en el EHS.
- ◆ Manifieste su acuerdo en participar y su deseo de adquirir nuevas formas de comportamiento, considerando las ventajas.
- ◆ Participe activamente en todo el proceso de aprendizaje, aportando ejemplos, dando sugerencias, estrategias, y realizando las tareas asignadas.
- ◆ Se involucre de manera activa en el entrenamiento de otros sujetos (en el caso de EHS en grupo).

En esta fase también puede realizarse un análisis de las situaciones sociales que el sujeto debe afrontar en su vida real, a fin de identificar sus metas, reglas, roles, etc., y conocer la percepción que de ellas tiene el sujeto.

Algunos autores argumentan que un programa completo de EHS debe procurar un conjunto de habilidades cognitivas, emocionales, verbales y no verbales (Lineham, 1988). Por otra parte, los programas de EHS deberían tratar diferentes clases de respuestas habilidosas como entidades únicas, y reconocer que el impacto social de una conducta es específico a la clase de respuesta habilidosa que define esa conducta. En la práctica, se pueden considerar, de acuerdo con Rimm y Masters (1986), las cuatro etapas siguientes del EHS: 1) Construcción de un sistema de creencias que mantenga el respeto por los derechos personales y por los derechos de los demás. 2) La distinción de conductas asertivas, no asertivas y agresivas. 3) La reestructuración cognitiva de la forma de pensar en situaciones concretas. 4) El ensayo conductual de respuestas asertivas en situaciones determinadas.

3. Entrenamiento grupal de Habilidades Sociales

Si bien los procedimientos del EHS se realizaron inicialmente siguiendo un formato individual (entrenamiento asertivo: Salter, 1948, Wolpe, 1958), cada vez se presta más atención al formato grupal, y, aunque los procedimientos componentes de ambas acepciones

son básicamente los mismos, la utilización de esta última modalidad resulta ser la más frecuente y la potencialmente más eficaz.

En la práctica, la elección entre el entrenamiento individual y grupal depende frecuentemente del lugar y de los recursos disponibles. En algunos sitios puede no haber suficientes pacientes para formar un grupo, de modo que se hace necesario el entrenamiento individual. En otros casos, se escoge el entrenamiento en grupo sobre la base de la conveniencia para hacer más económico el empleo del tiempo del terapeuta (Caballo, 1993).

Dentro de las ventajas que proporciona el entrenamiento grupal, se pueden considerar las siguientes:

1. Los grupos constituyen un inigualable marco de referencia y comparación social que los sujetos utilizan a lo largo de todo el proceso de entrenamiento.
2. El contexto grupal proporciona condiciones idóneas de aprendizaje, ya que permite mostrar diversos modelos, que resultan similares al sujeto y que le proporcionan estilos diferentes, una retroalimentación más completa, heterogénea y creíble, a partir del marco de referencia de los iguales; puede facilitar la realización de las tareas, y, por todo ello, incrementa las posibilidades de generalización de las conductas.
3. Permite la participación de sujetos ya entrenados que, aparte de la ayuda que estos proporcionan, les aporta a ellos mismos un beneficio terapéutico complementario al permitirles practicar las HS adquiridas anteriormente.
4. Una de las razones más contundentes que hacen recomendable la aplicación de los EHS en grupo, es la efectividad en costo y tiempo.

No obstante, ambas modalidades poseen ventajas propias, por lo cual se recomienda tener presentes los entrenamientos individuales al aplicar los grupales. Esto puede hacerse, por ejemplo, realizando una evaluación de cada sujeto, y efectuando una selección que permita la homogeneización del grupo (en cuanto a déficit); o bien, aplicando EHS individual de apoyo a sujetos con problemas especiales dentro del EHS de grupo (Costa y López, 1991).

La combinación de ambas modalidades, lo que constituye un entrenamiento mixto, es una modalidad muy recomendable al beneficiarse de las ventajas del tratamiento individualizado y de la potencialidad de las técnicas aplicadas en grupo.

Como recomendaciones generales en cuanto a la composición de los grupos de EHS, cabe señalar las siguientes:

- ◆ En relación al número de sujetos que deben componer el grupo, el tamaño de éste varía con cierta frecuencia, dependiendo de los objetivos, el tiempo del terapeuta, y el número de sujetos disponibles. Así, se encuentran grupos desde 3 sujetos (Kelly, 1992) hasta 15 (Lieberman y Mueser, 1989). No obstante, el número de sujetos más comúnmente

empleados y recomendable oscila entre 8 y 12 sujetos (Caballo y Carrobles, 1988; Goldstein y cols., 1989; Roth, 1986; Hersen y Bellack, 1979).

- ♦ Con respecto a la composición del grupo, se recomienda cierta homogeneidad de los miembros en cuanto al tipo del déficit que presentan los sujetos (Kelly, 1992). En el caso de existir heterogeneidad en el grupo, se hace necesario identificar áreas sobre las que se va a trabajar (Gil y García, 1995).

3.1. Condiciones de aplicación

Respecto a la puesta en práctica de los EHS, se pueden hacer algunas consideraciones generales para el funcionamiento óptimo del desarrollo del programa:

Planificación: Las sesiones de entrenamiento se planifican tomando en cuenta la complejidad de las HS objetivo y el número de componentes que la integran, el déficit que muestran los sujetos y los problemas que conllevan (su influencia en el funcionamiento general del mismo), recursos humanos y materiales de que se dispone, y la modalidad del entrenamiento (individual, grupal o mixto).

Puesta en práctica: El tiempo de duración de los programas de EHS varía de acuerdo a la complejidad de las habilidades a entrenar. Éste generalmente oscila entre 3 y 5 semanas (Gil y García, 1995) o de 8 a 12 semanas (Caballo, 1993), aún cuando se han encontrado estudios hasta de 17 semanas (Kelly, 1992). El número recomendable de sesiones a la semana es de una vez (Caballo y Carrobles, 1993; Kelly, 1992; Costa y López, 1991), o de dos veces por semana (Goldstein y cols., 1989; Roth, 1986), intervalo en el cual los sujetos tienen oportunidad de dar continuidad al entrenamiento con el empleo de las "tareas para casa". La duración de las sesiones debe permitir aplicar de forma completa y adecuada las técnicas del entrenamiento, pero evitando el cansancio o aburrimiento de los sujetos; para algunos autores, la aconsejable es de 20 a 90 minutos (Goldstein y cols., 1989; Roth, 1986; Kelly, 1992) y de 90 minutos hasta dos horas y media para otros (Caballo y Carrobles, 1988; Costa y López, 1991).

Estrategias de apoyo: Además de las técnicas que conforman la secuencia del entrenamiento, existen una serie de estrategias más o menos estructuradas como elementos de ayuda para el EHS. Dichas estrategias estructuradas consisten en ejercicios que se llevan a cabo en las sesiones de terapia. El objetivo es hacer que los sujetos practiquen comportamientos que estarían incluidos bajo una dimensión concreta y que, por el formato estructurado de los ejercicios, son sencillos para lograr ese objetivo. En seguida se exponen y se describen una serie de ejercicios que pueden ser útiles para las distintas etapas de un programa de EHS:

- ♦ *Estrategias iniciales y de calentamiento.*- Este tipo de ejercicios es recomendable para la primera sesión del EHS, y tiene como objetivo propiciar el acercamiento entre los integrantes del grupo. Un ejercicio habitual para "romper el hielo" es el siguiente: Se hace que todos los miembros del grupo formen un círculo agarrados de los hombros y que uno

de los miembros se quede afuera. El juego consiste en que el miembro que ha quedado fuera entre en el círculo, mientras los miembros que lo forman traten de no dejarle entrar (sin violencia, ni empeño excesivo) (Caballo, 1993).

- ◆ *Ejercicios de relajación.*- En el caso de que los sujetos tengan un elevado grado de ansiedad ante determinadas situaciones sociales, se les puede enseñar a relajarse. Una técnica de relajación comúnmente usada es el método progresivo de Jacobson (1982). Este tipo de relajación emplea ejercicios de tensión y relajación de una serie de músculos para conseguir la relajación completa del individuo. Cada grupo de músculos (desde las manos a los pies) se tensa durante 10 segundos y luego se relaja; se vuelve a tensar otra vez y se vuelve a relajar, induciendo a partir de ese momento sensaciones de relajación cada vez más intensas.
- ◆ *Ejercicios para los derechos básicos.*- Estos ejercicios ayudan al individuo a diferenciar los derechos básicos de los derechos de rol. Los derechos humanos básicos, en el contexto de las habilidades sociales, es algo que todo el mundo tiene derecho a ser (ser independiente), tener (tener sentimientos y opiniones propios) o hacer (pedir lo que se quiere) en virtud de su existencia como seres humanos. Los derechos de rol son aquellos que posee una persona en virtud de un contrato formal o informal para ejercer ciertas responsabilidades o emplear determinadas habilidades. Para ayudar a diferenciar estos dos tipos de derechos se pide a cada participante que escriba en un papel una lista de derechos que piensa que pertenecen a cada uno de los miembros de parejas complementarias como padre/hijo, jefe/empleado, hombre/mujer, alumno/maestro, por ejemplo. Los derechos que dependen del papel que la persona representa en cada una de estas parejas serían derechos de rol y no podrían generalizarse a todos los miembros de las distintas parejas, algo que sí ocurriría en caso de ser derechos humanos básicos (Caballo, 1993).
- ◆ *Ejercicios para la distinción entre la conducta asertiva/no asertiva/agresiva.*- Una distinción entre este tipo de conductas se puede hacer empleando un modelo bidimensional de la asertividad, donde una dimensión se refiere al tipo de expresión, *manifiesta/encubierta* y la otra dimensión al estilo de conducta, *coercitiva/no coercitiva* (la conducta coercitiva emplea el castigo y la amenaza para alcanzar el objetivo). En la aserción la conducta se expresará de forma manifiesta y sin ejercer coerción sobre la otra persona, mientras que la conducta agresiva se expresa de forma manifiesta pero de modo coercitivo sobre la otra persona. En la no asertiva, o bien hay una falta de expresión de la conducta o se hace de forma indirecta, pero sin intimidar a otro. Esto se puede hacer a través de una serie de medios (videos, representación de escenas, explicación verbal) (Kelly, 1992).
- ◆ *Procedimientos defensivos.*- Estos procedimientos se emplean cuando se trata de rechazar algo, de defenderse de otro individuo (defensa de espacio, tiempo) o, en general, de interrumpir un patrón de interacción destructivo e injusto, reemplazando por una comunicación justa y mutuamente respetuosa. Alguno de estos procedimientos son: a) El "disco rayado" que consiste en la repetición continua del punto principal que se quiere expresar, sin prestar atención a otros temas de la conversación que no sea la cuestión de

interés; se emplea para hacer peticiones y/o rechazar una petición poco razonable a la que no se quiere acceder; b) "**Banco de niebla**".- En esta técnica el individuo toma un papel excesivamente pasivo en la interacción; el sujeto refleja o parafrasea lo que acaba de decir la otra persona, añadiendo luego "... pero lo siento, no puedo hacer eso". El sujeto permanece inamovible en su posición; c) **Preguntar**.- Las preguntas pueden ser a veces un medio efectivo para ayudar a la otra persona a darse cuenta de una reacción impulsiva, no pensada, especialmente cuando la otra persona a sido agresiva de manera no verbal; d) "**Reforzamiento en forma de sandwich**".- Este procedimiento implica presentar una expresión positiva antes y/o después de una expresión negativa. Esto se hace para suavizar la expresión negativa y para aumentar la probabilidad de que el receptor escuche claramente el mensaje negativo con una molestia mínima (Caballo, 1993).

- ◆ *Estrategias para iniciar una conversación*.- La manera exacta con que se debe iniciar una conversación depende del contexto: una situación material (el trabajo, una fiesta), la hora del día (el desayuno, la comida) la persona en cuestión (hombre, mujer, jefe, hijo). Antes de empezar la interacción es importante atender a los elementos no verbales que manifiesta la persona a quien queremos dirigimos.

Hay una serie de procedimientos que ayudan a iniciar una conversación de forma fluida. Un ejercicio comúnmente utilizado para darse cuenta de los elementos no verbales empleados, que influyen en las primeras impresiones cuando se inicia una conversación, es el ejercicio de los "temas vacíos". Para llevarlo a cabo se reparte a los participantes una tarjeta con un "tema vacío" sobre el que tienen que hablar por turnos delante del grupo durante un minuto y medio. No importa el contenido de la charla, pero sí tienen importancia los elementos de la comunicación verbal: contacto visual, sonrisas, expresión facial, postura corporal, gestos, volumen, tono y claridad de la voz. Algunos "temas vacíos" son: lluvia, pelo, muro, mesa, casa, nube, zapato, llave, silla, etc.

3.2. Ámbitos de aplicación

El EHS puede ser aplicado prácticamente a todo tipo de poblaciones y problemas. Se destacan como aplicaciones más relevantes las siguientes:

1. **Psicosociales**.- Esta gama de aplicaciones involucra desde las habilidades prosociales, las centradas en problemas de determinados grupos sociales, las necesarias para establecer relaciones eficaces, hasta aquellas centradas en las relaciones familiares.
2. **Clínicas**.- Los entrenamientos aplicados en este ámbito se desarrollan centrados en problemas de ansiedad social, timidez, soledad, consumo de alcohol y de drogas, depresión y autismo, etc.
3. **Ámbito educativo**.- Se aplican programas de EHS en centros escolares con el fin de desarrollar habilidades básicas, mejorar las relaciones profesor-alumno, y como método

preventivo, en problemas de aislamiento social, conducta agresiva, estados depresivos, entre otros.

4. **Formación de profesionales.-** Los EHS resultan procedimientos eficaces de formación de recursos humanos. Se han aplicado a directivos y supervisores de empresas, profesionales de la enseñanza, líderes de grupos políticos, profesionales de la salud, y otros.

4. El Aprendizaje Estructurado

El Aprendizaje Estructurado (de aquí en adelante, AE) es un paquete de técnicas conductuales propuesto y desarrollado por Goldstein (1981) que constituye una alternativa de gran efectividad para el entrenamiento grupal de una amplia gama de habilidades, definida por el mismo autor como "...una enseñanza planeada y sistemática de las conductas específicas requeridas por el individuo para lograr un funcionamiento efectivo y satisfactorio, durante el mayor tiempo posible, en una amplia variedad de contextos interpersonales, positivos, negativos y neutros". (Goldstein, 1981, pág. 3).

El AE está compuesto de cuatro técnicas, basadas en la Teoría del Aprendizaje Social: Modelamiento, el Juego de Roles o Ensayo Conductual, el Reforzamiento Social o Retroalimentación y el Entrenamiento para la Transferencia. A continuación se describen cada una de las técnicas:

Modelamiento.- Es una técnica que consiste en la exposición del individuo a un modelo que muestre correctamente la conducta que está siendo objeto del entrenamiento y que permite el aprendizaje observacional. El modelo suele ser representado por el terapeuta o por algún miembro del grupo y puede presentarse en vivo o grabado en video. 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 observador (Goldstein, 1981, pág. 16).

Juego de Roles.- Una vez que se introduce al individuo en los componentes que forman parte de una habilidad, y que éste los observa en un modelo, resulta importante que practique la habilidad. Se trata de una práctica conductual sistematizada de la habilidad observada, tal y como operaría en condiciones de la vida real cotidiana. En la ejecución del Juego de Roles se pide al participante (actor) que junto con otro (coactor), represente o "actúe" la habilidad en cuestión. Esta se divide previamente en varios componentes llamados pasos conductuales, cuyo cumplimiento ordenado conduce a la emisión de la habilidad. El objetivo de esta técnica es que el individuo que está siendo entrenado domine el ejercicio (Goldstein, 1981, pág. 21).

Aunque el ensayo de las HS es un aspecto necesario del entrenamiento, por sí solo no es suficiente para mejorar la ejecución; aún cuando el individuo produce mejores ejecuciones durante o los ensayos, puede no ser consciente de como mejoró hasta que reciba retroalimentación y reforzamiento.

Retroalimentación.- Esta técnica, la tercera que integra el AE, permite que el grupo y el entrenador evalúen al participante. Por medio de ella es posible dar información al entrenado respecto a su actuación en el juego de roles. La retroalimentación puede ser de diversas formas: premios o recompensas, críticas y/o reforzamiento. Este último ha sido definido como cualquier evento que sirva para incrementar la posibilidad de que una conducta dada ocurra. Se pueden definir tres tipos de reforzamiento: (1) reforzamiento material, tales como la comida, el dinero u otros objetos físicos; (2) reforzamiento social, como alabanza o la aprobación de otras personas; y (3) auto-reforzamiento, que consiste en una evaluación positiva de la persona de su propia conducta. Para la efectividad del tratamiento se debe dar atención adecuada a los tres tipos de reforzadores. El propósito fundamental de esta técnica es mejorar la ejecución de la habilidad entrenada (Goldstein, 1981, pág. 25)

A pesar del énfasis sobre los ensayos y la práctica, el propósito último del EHS es establecer un cambio durante esa práctica controlada para después promover la generalización de las nuevas habilidades del entrenado a las situaciones problemáticas que se dan en el ambiente natural. La generalización de los efectos del entrenamiento incluye generalización en el tiempo, en ambientes varios y en situaciones interpersonales distintas.

Entrenamiento para la Transferencia.- Esta técnica intenta facilitar la extensión o generalización de las conductas recientemente aprendidas en el ambiente de entrenamiento a las situaciones de la vida diaria; la asignación de tareas constituye el vehículo por medio del cual las habilidades aprendidas en la sesión del entrenamiento se practican en la vida diaria del sujeto. Se recomienda, para incrementar la eficacia de esta técnica, que el entrenado lleve un informe de la ejecución de sus tareas, indicando que sucedió, cuándo practicó la tarea, con quién, y el grado de dificultad o ansiedad experimentada (véase fig.1).

Normalmente, el entrenado informa en la sesión siguiente de la manera como desarrolló las tareas; el entrenador debe obtener detalles sobre lo que sucedió exactamente y recompensar apropiadamente al entrenado. Si las cosas no hubiesen funcionado, es necesario llevar a cabo más entrenamiento. (Goldstein, 1981, pág. 29).

La eficacia del AE en el EHS se enfatiza con una serie de detalles, como el número, duración y espaciamiento de las sesiones. Roth (1986) retomando a Goldstein (1981) recomienda que el entrenamiento se imparta una o dos veces por semana, en sesiones de 90 a 120 minutos de duración.

Otro aspecto importante para el éxito del entrenamiento radica en las características que deben tener los conductores del mismo. En primer lugar, se requiere de la participación de, al menos dos entrenadores que coordinen el modelamiento y juego de roles; deben poseer un conocimiento exacto acerca del AE, habilidad para el manejo de grupo, y habilidad para la conducción del juego de roles. Esto supone, que previamente a la conducción de cualquier programa de entrenamiento, los conductores del mismo deberán someterse a un plan de capacitación, con un programa de entrenamiento similar al que ellos mismos conducirán posteriormente, además de un adiestramiento completo en el manejo de instrumentos de evaluación.

INFORME DE TAREAS		
Nombre: _____	Fecha: _____	
Sexo: _____	Edad: _____	Grado: _____
LLENAR DURANTE LA SESIÓN		
1.- ¿Qué habilidad usarás? _____		
2.- ¿Cuáles son los componentes de la habilidad que usarás? _____		
3.- ¿Dónde vas a practicar la habilidad? _____		
4.- ¿Con quién vas a probar la habilidad? _____		
5.- ¿Cuándo vas a practicar la habilidad? _____		
LLENAR DESPUÉS DE HACER LA TAREA		
1.- ¿Qué pasó cuando hiciste la tarea? _____		
2.- ¿Qué componentes realmente seguiste? _____		
3.- Califica tu desempeño en esta habilidad (encierra en un círculo)		
EXCELENTE	BUENO	REGULAR MALO
4.- ¿Qué piensas que deberías hacer en tu próxima tarea asignada? _____		

Figura 1. Informe de tareas (tomado de Goldstein y cols., 1989)

Goldstein, Sprafkin, Gershaw, y Klein (1981) ponen mucho énfasis en el ambiente que servirá de marco al entrenamiento, considerando que todo ambiente donde se lleve a cabo el aprendizaje debe poseer ciertos aspectos estructurales que operen como facilitadores del mismo. La fig.2 ilustra la distribución que, según los autores, debe darse al ambiente adecuado para el desarrollo del Aprendizaje Estructurado.

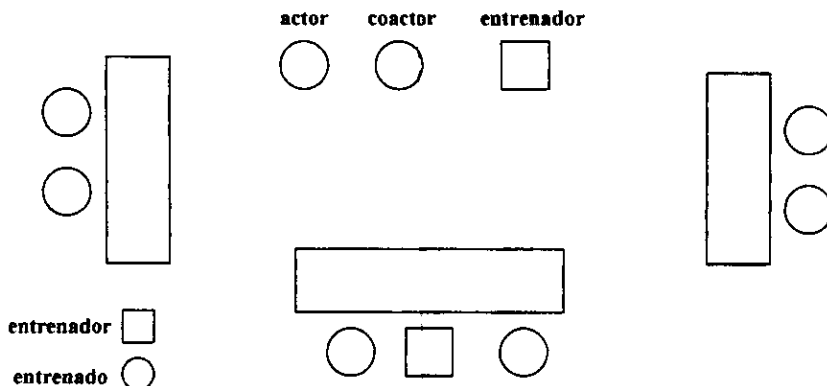


Figura 2. Disposición ambiental de los participantes para el Aprendizaje Estructurado.
(Tomado de Goldstein y cols., 1981).

4.1. Proceso de aplicación.

Como se anotó en el apartado anterior, Goldstein (1980) denomina a Aprendizaje Estructurado (A.E.) a la conjunción sistemática de cuatro técnicas de conocida efectividad para el cambio conductual: El modelamiento, el juego de roles, la retroalimentación, y el entrenamiento para la transferencia. Es necesario enfatizar que el éxito atribuido al A.E. radica en los procedimientos combinados y la secuencia de su presentación durante el entrenamiento que componen con gran precisión la relación de contingencias, fundamental para el aprendizaje. En resumen, el modelamiento establece en el AE las condiciones que propician la emisión de la conducta meta; ésta es emitida a propósito mediante el ensayo conductual, e instigado a través del entrenamiento para la transferencia, con el objeto de que sea socialmente reforzada en la fase de retroalimentación.

El procedimiento seguido por Goldstein y cols.(1981) en la conducción del aprendizaje estructurado para el EHS para adolescentes, previa selección de los participantes, a través de entrevistas a los padres, los maestros, o las personas significativas para el adolescente, y la observación directa de la conducta del joven, se compendia en los siguientes pasos:

Primero.- Se presenta la habilidad a los participantes, se discute su utilidad y se analizan los pasos conductuales (componentes) que la integran. En seguida se modela a los participantes la forma correcta de emitir los pasos conductuales al representar una interacción basada en el juego de roles.

Segundo.- Se invita a los participantes, motivándolos para que practiquen, mediante el ensayo conductual, la emisión de la habilidad de la misma manera que lo hicieron los modelos (instructores), Se procura una adecuada cantidad de retroalimentación sobre la ejecución de cada participante, proveyendo de comentarios y sugerencias para mejorar la ejecución, tanto por parte del grupo como de los entrenadores.

Tercero.- Una vez completada la práctica a través del juego de roles, se estructura la tarea que permitirá la transferencia del aprendizaje a los ambientes naturales. La ejecución de estas tareas se discute durante los primeros minutos de la siguiente sesión, antes de iniciar el entrenamiento de la siguiente habilidad, y se analizan las dificultades surgidas y la impresión del sujeto sobre la calidad de la ejecución. Las sesiones consecutivas siguen el mismo patrón hasta la finalización del entrenamiento, el cual durará dependiendo del número de habilidades entrenadas y del tiempo que se destine al entrenamiento de cada una de ellas.

Este procedimiento ha sido parcialmente modificado por Roth (1986) para su aplicación a la realidad del contexto socioeconómico de jóvenes mexicanos, el cual sirve de base en este trabajo, con las siguientes consideraciones:

- A. La selección de los grupos que se conformaron para el entrenamiento, se llevó a cabo a través de la aplicación de los instrumentos de medición y la evaluación de los niveles de la depresión, el manejo de las habilidades sociales, y la presencia de una relación entre ambas variables a un grupo de adolescentes de secundaria.
- B. Para la efectividad del aprendizaje vicario se utilizaron modelos (actor y coactor) en vivo y seleccionados del mismo grupo de los entrenados, ya que, de acuerdo con Caballo (1993), se ha demostrado que el modelado entre iguales garantiza la eficacia del entrenamiento cuando los modelos son de edad parecida a la de los observadores, y cuando la conducta del modelo se encuentra más próxima a ellos; no así cuando el modelado es altamente competente, como en el caso del modelamiento efectuado por los entrenadores.
- C. Después de concluido el programa de entrenamiento, se hizo una post-evaluación de las variables con los instrumentos de medición utilizados en la etapa de preevaluación, con el propósito de obtener niveles de comparación pre y post tratamiento entre los grupos experimentales y el grupo control.
- D. En consideración a la significancia del estudio longitudinal propuesto en el presente trabajo, se hizo una medición de seguimiento a los grupos experimentales, con la aplicación de los mismos instrumentos, para evaluar la permanencia y calidad de los repertorios prosociales de los adolescentes entrenados.

4.2. Aprendizaje Estructurado para adolescentes de secundaria.

En el capítulo tres se expusieron los problemas para llegar a un acuerdo unánime sobre lo que constituye una conducta socialmente habilidosa.

Al respecto, Meichenbaum y Gruson (1981) opinan que es imposible desarrollar una definición consistente de competencia social puesto que es parcialmente dependiente del contexto cambiante; las habilidades sociales deben considerarse, agregan, dentro de un marco cultural determinado, y los patrones de comunicación varían ampliamente entre culturas y

dentro de una misma cultura, dependiendo de factores tales como la edad, sexo, la clase social, y la educación. Además, el grado de efectividad de una persona dependerá de lo que desea lograr en la situación particular en la que se encuentre; la conducta considerada apropiada en una situación puede ser, obviamente, inapropiada en otra. En relación a estas apreciaciones, un entrenamiento en habilidades sociales para jóvenes mexicanos de secundaria tiene que ser congruente con las características concretas de los integrantes del grupo, en el cual los elementos que lo componen se enfrentan a circunstancias de desarrollo comunes debido a una edad o etapa similares, como es el caso de la adolescencia. La homogeneidad del grupo se deriva, además de la valoración de los problemas comunes, del grado de escolaridad, de las condiciones socioeconómicas de sus hogares de origen, de la deficiente calidad educativa de la institución escolar pública, que aporta escasos recursos materiales, y de la precaria atención del magisterio que carece de los elementos necesarios para brindar apoyo psicológico y favorecer el desarrollo de repertorios prosociales en la población adolescente escolarizada.

Con base en los estudios realizados de la relación entre las habilidades sociales y la depresión se ha encontrado que algunos adolescentes no emiten espontáneamente las respuestas interpersonales necesarias que los aproxime a una relación social satisfactoria debido, entre otros problemas, a un estado depresivo. En este sentido, el tipo de habilidades comúnmente entrenadas en individuos depresivos se agrupan en tres categorías: a) asertividad positiva, que se refiere a la expresión de sentimientos positivos; b) asertividad negativa, en relación a la expresión de sentimientos negativos a fin de rehusar peticiones poco razonables, negociar, hacer respetar sus derechos, y expresar enojo y desaprobación; y c) habilidades de conversación, que intenta generar repertorios para iniciar, mantener y finalizar una conversación (Bellack, Hersen y Turner, 1984); en general, los sujetos depresivos no emiten este tipo de respuestas que los aproxime socialmente, por lo que el entrenamiento debe focalizarse a promoverlas adecuadamente en las circunstancias pertinentes.

El presente estudio parte del supuesto de que la depresión inhibe la emisión espontánea de las habilidades sociales en el adolescente escolarizado, deteriorando su desempeño académico y competencia social; o bien, de manera reversible, un déficit en el manejo de las habilidades sociales predispone, mantiene, o aumenta el estado depresivo. Bajo esta consideración se propuso como **objetivo principal**, diseñar y aplicar un programa grupal de entrenamiento para el desarrollo de habilidades sociales en adolescentes de secundaria, con el propósito de ayudar a disminuir la presencia de indicadores de niveles depresivos en la muestra seleccionada. Se desprenden del mismo, los siguientes objetivos particulares:

1. **Analizar la existencia de una relación o asociación entre las variables habilidades sociales y depresión.**
2. **Realizar un estudio comparativo longitudinal mediante evaluaciones pre/post/seguimiento con el fin de valorar la eficacia y permanencia del entrenamiento para la transferencia, y colateralmente la ausencia o disminución del trastorno depresivo.**

- 3. Comparar con mediciones intergrupales los alcances del entrenamiento de los grupos experimentales, que deje claro la importancia de implementar un programa de entrenamiento económico y funcional en los contenidos de los programas del Sistema Educativo Mexicano, a nivel de enseñanza básica.**

Para tales efectos se siguió la metodología que se describe a continuación.

5. Aspectos metodológicos.

Sujetos

La muestra se integró con 24 estudiantes del primer grado de secundaria, cuyas edades fluctúan entre los 11 y 16 años (12 mujeres y 12 hombres). Ninguno de los integrantes había tenido experiencia con un entrenamiento de habilidades sociales. Todos los adolescentes accedieron a recibir el entrenamiento, después de que se dio una completa explicación de los propósitos y procedimientos.

Obtención de la muestra

Para la obtención de la muestra se siguió el criterio de selección en las etapas que a continuación se describen:

Etapa 1. Se contactó al director de la Esc. Sec. Gral. No. 8 "Lic. Isidro Fabela" con la finalidad de requerir su autorización y llevar a cabo los trámites administrativos necesarios para aplicar una batería de pruebas psicológicas como parte de las actividades desarrolladas en la línea de investigación "Salud Comunitaria y Prevención Social" del proyecto Educación para la Salud (PES) que forma parte de la Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y Educación (UIICSE) de la UNAM campus Iztacala.

Etapa 2. De los grupos del primer grado del turno matutino de la escuela secundaria, se seleccionó, de manera aleatoria simple, a un grupo. Se hizo un registro de alumnos con base en la lista oficial, cuyo total era de 50 alumnos (27 mujeres y 23 hombres).

Etapa 3. Se aplicó una batería de pruebas para evaluar diversos problemas de conducta, entre ellos, la depresión, previa plática con el grupo con el fin de requerir su cooperación y lograr la mayor veracidad en sus repuestas (mediciones pretest).

Etapa 4. De la batería aplicada, únicamente se evaluaron y analizaron los datos obtenidos de la Escala de Habilidades Sociales para Adolescentes de Ríos (1994) y del Inventario de Depresión para Niños de Kovacs (1977), con el Programa de Cómputo para las Ciencias Sociales (SPSS-PC+V5.0).

Etapa 5. Se analizó la relación entre el manejo de habilidades sociales y los niveles de depresión mediante el estadístico Producto-momento de Pearson.

Etapa 6. De los 50 estudiantes evaluados se eligieron aquellos cuyos puntajes mostraron un déficit en el manejo de las habilidades sociales (categorías de respuesta 1,2,3), asociados a los puntales elevados de los niveles moderado y severo de la depresión, para formar la muestra de estudio, la cual quedó integrada con un total de 24 sujetos.

Etapa 7. Se inició el entrenamiento con el Programa del Aprendizaje Estructurado (AE) para las habilidades sociales en los grupos experimentales.

Diseño de la muestra.

Se utilizó un diseño experimental-control de tipo longitudinal con una muestra de N= 24. Se formaron tres grupos: un grupo control y dos grupos experimentales que fueron sometidos a tratamiento (aplicación del programa de EHS). Se evaluaron las variables habilidades sociales y depresión con el fin de considerar la asociación entre ambas. Se realizaron mediciones pre, post y de seguimiento, de acuerdo al diseño experimental de la tabla 1, haciendo comparaciones entre los grupos.

Tabla 1. Diseño experimental de la muestra.

	Preevaluación	Entrenamiento	Postevaluación	Seguimiento
GRUPO EXP.1	-Inventario de Depresión de Kovacs. (1977) -Escala de H.S. de Ríos (1994)	Aprendizaje Estructurado de Goldstein (1981)	Los mismos instrumentos que en la Preevaluación	- Los mismos instrumentos que en la pre y post evaluación. - Cuestionario de preguntas abiertas
GRUPO EXP.2	Igual que en el grupo.1	Aprendizaje estructurado de Goldstein (1981)	Igual que en el grupo.1	Igual que en el grupo.1
GRUPO CONTROL	Igual que en el grupo. 1 y 2	NO	Igual que en los grupos. 1 y 2	NO

La preevaluación de las variables se realizó cuando los estudiantes cursaban el primer grado de secundaria; el programa de entrenamiento y la postevaluación se llevó a cabo durante el tiempo en el que cursaban el segundo grado; y en el tercer grado, se aplicó la evaluación de seguimiento.

Variables

Las variables consideradas para la evaluación fueron:

– **Las Habilidades Sociales.**- Se tomó como referencia la definición propuesta por Caballo (1991) que incluye los componentes conductual, personal y situacional, y las define como: "... ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelven los problemas inmediatos a la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas." (pag. 407).

– **La depresión.**- Para definir la depresión se consideró el criterio establecido por Kovacs (1977) para la creación de su inventario, el cual se basa en el concepto del modelo cognitivo de la depresión de Beck (1983) que la señala como un síntoma que vincula aspectos de índole emocional (pérdida de la alegría, periodos de llanto), cognitivo (baja autoestima, indecisión, autocrítica), motivacional (deseos de evitación, ideas suicidas) y neurovegetativo (pérdida de apetito, insomnio), y manifestaciones comportamentales en donde se observa menor participación del sujeto deprimido en tareas que solían ser habilidades en él; de acuerdo con esto: a mayor déficit de actividades más gravedad del estado depresivo.

Instrumentos de evaluación.

Para la evaluación de las variables se utilizaron los instrumentos que a continuación se describen:

-La Escala de habilidades Sociales para Adolescentes (E H S A) de Ríos (1994).

Objetivo: Medir el manejo de las habilidades sociales para adolescentes.

Número de reactivos: La escala se compone de 50 reactivos distribuidos en seis áreas de la siguiente manera: I. HABILIDADES DE INICIO (HABINI), 8 reactivos; II. HABILIDADES AVANZADAS (HABAVA), 6 reactivos; III. HABILIDADES PARA MANEJAR LOS SENTIMIENTOS (HABSEN), 6 reactivos; IV HABILIDADES ALTERNATIVAS A LA AGRESIÓN (HABAGR), 10 reactivos; V. HABILIDADES PARA MANEJAR EL ESTRÉS (HABEST), 12 reactivos y VI. HABILIDADES DE PLANEACIÓN (HABPLA), 8 reactivos. Cada reactivo intenta explorar la secuencia con la que el evaluado puede realizar la conducta indicada sin sentirse incómodo o ansioso, de acuerdo con cinco opciones de respuesta (escala tipo Likert): 1.- NUNCA; 2.- RARAS VECES; 3.- ALGUNAS VECES; 4.-

FRECUENTEMENTE; 5.- SIEMPRE. La puntuación total fluctúa de 50 a 250, y los rangos de valoración se elaboran considerando el valor máximo menos el valor mínimo de los reactivos y dividiendo entre 5, para la escala total o para cada una de las áreas; a menor puntuación mayor déficit en el manejo de las habilidades sociales. Se incluyen los incisos A (ante quién o con quién) y B (en dónde) en cada reactivo para explorar los componentes situacionales y el contexto personal.

La presentación de la escala consta de un cuadernillo de reactivos con las instrucciones y una hoja de respuestas (Ver Apéndice A-I).

-El Inventario de Depresión para Niños (CDI) de Kovacs (1977).

Objetivo: Detectar presencia y severidad del trastorno.

Número de reactivos: 27.

Edad de aplicación: 8 a 16 años.

Rango de valoración: 0 - Refleja la normalidad, 1 - Grado de depresión moderada, y 2 - Depresión severa (enfermedad clínicamente significativa). Para el manejo de datos en el Programa de Cómputo SPSS, se usaron los rangos de valoración siguientes: 1.- normalidad, 2.- depresión moderada y 3.- depresión severa.

Cada reactivo consta de tres respuestas alternativas, de las cuales el adolescente debe señalar la que mejor describa su situación en las dos últimas semanas, con un tiempo de aplicación de 10 a 20 minutos, en diseño individual o colectivo (Ver Apéndice B).

La puntuación fluctúa entre 0 y 54, con niveles del 0-12 normal; 13-24 severidad del síntoma (no incapacitadora); 25-54 enfermedad clínicamente representativa: a mayor puntuación, mayor sintomatología depresiva. En esta investigación se consideraron, en función de los rangos de valoración usados, los siguientes intervalos y niveles: 13 a 40 sin depresión; del 41 al 54 depresión moderada, y del 55 al 81 depresión severa.

Recursos materiales y humanos

Para la aplicación de los instrumentos de evaluación se utilizaron 50 cuadernillos de cada escala, con sus hojas de respuestas respectivas. Para el vaciado de datos se utilizó el programa de Cómputo SPSS/PC+V5.0, con capacidad gráfica.

En los recursos humanos se solicitó el apoyo de dos aplicadores, estudiantes de la maestría en Modificación de Conducta, de la UNAM campus Iztacala.

El material de apoyo para el entrenamiento se integró de un rotafolio para carteles con la descripción de las habilidades sociales, de sus componentes verbales y no verbales, su definición y el valor porcentual asignado a cada componente (véase Apéndice C-I), y los siguientes formatos diseñados para efectos del programa: Registro de los participantes del EHS, Forma 1; Registro para observadores, Forma 2; Registro total de observaciones, Forma

3; Informe de tareas, Forma 4; Registro de tareas para instructores, Forma 5; y Registro de evaluación final del entrenamiento de los participantes, Forma 6 (véase Apéndice D). Además se utilizó material didáctico (cartulinas, plumines, tarjetas y lápices).

Para el programa de entrenamiento se contó con el apoyo de dos instructores.

Escenario

La aplicación de los instrumentos de evaluación se llevó a cabo, de forma grupal, en el salón de clases de los alumnos seleccionados.

El entrenamiento se realizó en el salón de usos múltiples con capacidad para 50 alumnos aproximadamente, cuyo mobiliario estaba conformado por mesas largas, sillas de metal y un rotafolio.

Procedimiento del programa de entrenamiento.

Se hizo una selección de las habilidades sociales, atendiendo a los resultados de la preevaluación de las mismas y a su relación con la depresión; también se tomó en cuenta el tiempo disponible que las autoridades de la institución concedieron para el entrenamiento. El programa de entrenamiento quedó integrado con las siguientes habilidades:

1.- Habilidades conversacionales (habilidades de inicio)

- Escuchar.
- Iniciar y mantener una conversación.

2.- Habilidades para la expresión de sentimientos

- Entender los sentimientos de otros.
- Auto-reforzamiento.

3.- Habilidades alternativas a la agresión

- Hacer respetar sus derechos.
- Negociar.

4.- Habilidades para afrontar el estrés

- Resistir la presión individual o de grupo.
- Afrontar la burla.

Cada una de las habilidades fue definida y operacionalmente seccionada en sus componentes verbales y no verbales, los cuales fueron también definidas con el fin de que los observadores logaran acuerdos confiables acerca de la ocurrencia o no ocurrencia de la habilidad en cuestión, otorgándose un valor porcentual del 50 por ciento tanto a unos como a otros (véase Apéndice C-I).

Dado que cada habilidad podría incluir un número variable de componentes verbales y no verbales, a cada uno de estos se les asignó un valor relativo de acuerdo a su importancia en

la habilidad pertinente. La suma total de los porcentajes asignados a cada componente es el porcentaje total por habilidad, que refleja el nivel real de competencia del sujeto en esa habilidad.

Los 24 adolescentes que formaron la muestra se distribuyeron aleatoriamente en tres grupos: un grupo control y dos grupos experimentales, para mayor eficacia del entrenamiento, en atención a lo propuesto por Goldstein (1989) que recomienda de 8 a 12 sujetos por grupo, los cuales quedaron integrado de la siguiente manera:

Grupo experimental 1 (GE1): 5 mujeres y 3 hombres.

Grupo experimental 2 (GE2): 4 hombres y 4 mujeres.

Grupo control (GC): 5 hombres y 3 mujeres.

Con la muestra obtenida, se buscó nuevamente, para corroborar, la relación entre el déficit de habilidades sociales y los niveles de depresión moderado y severo con el coeficiente de correlación de rangos de Spearman (Rho).

Una vez asignados los sujetos a los grupos experimentales y especificadas las habilidades a entrenar, el siguiente paso fue el desarrollo del Programa de Entrenamiento sustentado en el AE para adolescentes de Goldstein y cols. (1991), con las particularidades ya mencionadas.

Los principales objetivos del programa del EHS fueron:

1. Propiciar la integración de los participantes mediante dinámicas grupales.
2. Controlar la ansiedad o tensión a través de ejercicios de relajación (respiración y ejercicios musculares).
3. Reconocer los componentes verbales y no verbales de cada habilidad a entrenar.
4. Aprender y practicar las siguientes habilidades: escuchar, iniciar y mantener una conversación, afrontar la burla, negociar, auto-reforzamiento, entender los sentimientos de otros, resistir a la persuasión individual o de grupo, y defender sus derechos.
5. Destacar la importancia y características de la comunicación verbal y no verbal.
6. Aprender a discriminar las conductas asertivas, no asertivas, y agresivas.
7. Conocer los derechos humanos básicos, mediante un enlistado de los mismos, y aprender a diferenciarlos de los derechos de rol.
8. Enfatizar la importancia que tiene la autoestima en el individuo.

El entrenamiento se desarrolló en 10 sesiones; una sesión introductoria para la presentación de los integrantes del grupo y los entrenadores, y una breve explicación de los elementos conceptuales de las habilidades sociales y el AE; las 8 sesiones subsecuentes se designan para el entrenamiento de cada una de las habilidades seleccionadas; la sesión final se reserva para una segunda evaluación de las variables (postest), con la aplicación de los mismos instrumentos utilizados en la preevaluación, tanto a los grupos experimentales, como al grupo control, a fin de estimar la evolución de los entrenados y su comparación con el grupo control, que no recibió el entrenamiento. (véase Carta descriptiva del programa de entrenamiento en el Apéndice C-II). La duración de cada sesión es de 90 minutos, con una frecuencia de una vez a la semana para cada grupo.

El programa contó con el apoyo de dos instructores, además del entrenador, estudiantes de la maestría en Modificación de Conducta de la ENEP-I., quienes recibieron previamente un curso de capacitación para el manejo de instrumentos de evaluación y de entrenamiento basado en el AE. Se prepararon y revisaron, además, conjuntamente los componentes de las habilidades a enseñar, con el fin de llegar a un acuerdo común para el manejo de las mismas.

Cabe aclarar que, de los 24 sujetos de la muestra original, dos integrantes del GE2 abandonaron el entrenamiento debido a que fueron dados de baja del plantel educativo; sólo 22 sujetos se consideraron en el reporte de la investigación.

Las actividades realizadas en cada una de las sesiones del entrenamiento se desglosan a continuación:

Primera sesión.- En esta sesión se consideraron los siguientes aspectos:

- ♦ Presentación de instructores e integrantes del grupo de entrenamiento. Se aplicó la estrategia inicial de apoyo "*Romper el hielo*" (ver descripción en apartado 3.1) para lograr el acercamiento entre integrantes e instructores, ya que, los entrenados se manejaron con cierta familiaridad entre ellos puesto que pertenecían a un mismo grupo escolar.
- ♦ Explicación del objetivo del entrenamiento. Se explicó a los entrenados el valor del entrenamiento en sus interacciones sociales en cualquier contexto y ámbito, y se establecieron reglas internas para un mejor funcionamiento del programa, tales como: mirar a la persona cuando habla, no burlarse de los compañeros, evitar objetos distractores, apoyar a los compañeros, entre otras.
- ♦ Breve explicación conceptual de las HS y revisión del AE. La actividad se centró en el uso del AE a través de la enseñanza de una habilidad, indicando que el método es igual que el aprendizaje de cualquier cosa nueva (sentarse, aprender un deporte, aprender a manejar).
- ♦ Motivación por parte de los instructores para la participación activa de los integrantes durante las sesiones de entrenamiento. Para la cooperación de los adolescentes se implementó un programa de reforzamiento que consistió en la asignación de un punto a

cada actividad realizada por el adolescente. Las conductas premiadas fueron: poner atención, ser voluntario para el juego de roles, seguir los componentes verbales y no verbales en el ensayo de cada habilidad, hacer la tarea y asistir puntualmente al entrenamiento. Al término de la enseñanza de las habilidades (9a. sesión del entrenamiento) se sumaron los puntos de cada participante y se premió con un Disco compacto al integrante de cada grupo que acumuló el mayor puntaje, además de dar reforzamiento social por parte de los entrenadores y de sus mismos compañeros. Se hizo mención de los adolescentes que se esforzaron por acumular puntos, aunque no lograron el premio, y se alabó su empeño. También se enfatizó la importancia y necesidad del auto-reforzamiento.

Segunda sesión.- Inicio de la enseñanza de las habilidades sociales. El procedimiento tiene la siguiente secuencia, para la enseñanza de cada habilidad, según el orden establecido en la especificación de las habilidades a entrenar (véase Carta descriptiva en el Apéndice C-II):

- ♦ Presentación y explicación de la habilidad y de sus componentes moleculares en rotafolio.
- ♦ Modelamiento en vivo de los componentes verbales y no verbales de la habilidad, presentado por los instructores. A partir de la tercera sesión, que corresponde al modelamiento de la segunda habilidad, se recurrió a un actor y coactor, los cuales fueron seleccionados entre los participantes más hábiles de cada grupo, con el aleccionamiento previo por parte de los instructores, fuera del recinto del entrenamiento.
- ♦ Juego de roles en el cual se lleva a cabo el ensayo por parejas (actor-coactor) para la habilidad. Un adolescente proporcionaba una situación de su vida cotidiana, llamada consigna, y se designaba como actor principal. Se elegía a otro participante (coactor) para que desempeñara el papel de la persona significativa con la que debía interactuar el actor. Todos los participantes observaban al actor principal y daban retroalimentación y comentarios de la ejecución individual. El instructor motivaba a los adolescentes para que retroalimentaran a sus compañeros. Los observadores (los 6 integrantes del grupo que no participaban en el ensayo de la conducta) revisaban el cumplimiento de los componentes de la habilidad y anotaban el desempeño del actor (evaluado), en el formato de registro para observadores (forma 2). Los entrenadores se encargaban de dirigir el juego de roles , deteniendo y corrigiendo a los participantes cuando se alejaban de los elementos constitutivos de la habilidad modelada. Se llevaban a cabo varios juegos de roles durante los cuales se intercambiaban actividades (actor, coactor) con el fin de que todos participaran y se facilitara la percepción y progreso de los estudiantes.
- ♦ Comentarios acerca de la ejecución de los participantes, que implicaba el desarrollo de la tercera técnica del AE, la retroalimentación, que permite realizar una evaluación de los ensayos conductuales. Las actividades involucradas son las siguientes: el coactor y y los observadores comentan sus reacciones, el entrenador hace un resumen de las ejecuciones y da reforzamiento social, el actor principal realiza comentarios de su propia actuación y de la retroalimentación que ha recibido.

- Los instructores recogían las observaciones hechas por los adolescentes en el formato de registro total de observaciones (Forma 3).
- Cuarta técnica del AE, el entrenamiento para la transferencia. Se planificaban las actividades de la tarea y los ejercicios de la habilidad entrenada en los contextos naturales. Se entregaba a cada participante un formato de informe de tareas, cuya primera parte era llenada al término de la sesión (ver fig.1). Al finalizar cada sesión se hacía una evaluación de la misma por parte de los integrantes. Los logros y autoevaluación de la tarea se comentaban al inicio de la siguiente sesión. Si la habilidad no se ensayaba adecuadamente en los contextos del adolescente, se repasaba su enseñanza con el juego de roles y se recomendaba repetir la tarea. Finalmente, los instructores registraban las autoevaluaciones de la tarea de los entrenados en el formato correspondiente (Forma 4).

De la sesión tercera a la novena se realizaron las mismas actividades que en la descrita anteriormente, considerando la habilidad asignada a cada sesión y la consigna empleada (Ver el Apéndice C-III)

En ocho de las sesiones del entrenamiento se les pidió a los participantes que hicieran una evaluación cualitativa, al término de cada sesión, por escrito y en forma personal, que contenía tres preguntas: ¿Qué fue lo que más te gustó de la sesión?; ¿Qué fue lo que menos te gustó de la sesión?; ¿Qué fue lo más significativo de la sesión?. Ellos respondían en su casa, y se hacían comentarios al inicio de la siguiente sesión.

Al término de la 9a. sesión, se anotaron los resultados de la participación en el juego de roles y de la autoevaluación de la tarea de cada integrante del grupo, para cada habilidad, en el registro total de la evaluación del entrenamiento (Forma 5).

Mediciones Post-entrenamiento.

El la última sesión se aplicaron los instrumentos de medición para una postevaluación de las variables a los tres grupos; se realizaron comparaciones intergrupales y pretest-postest, para establecer la relevancia del programa de entrenamiento. Las comparaciones intergrupales consideradas fueron:

- a) pretest GE1 vs. GC
- b) pretest GE2 vs. GC
- c) postest GE1 vs. GC
- d) postest GE2 vs. GC

Para los cuatro incisos se realizaron comparaciones estadísticas, mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para dos muestras independientes, en cada una de las categorías de las habilidades evaluadas, según la escala de Ríos, que incluyen las habilidades entrenadas, el total de las mismas, y la depresión.

En las comparaciones pretest-postest se consideró el siguiente orden:

- e) pretest GE1 vs. postest GE1
- f) pretest GE2 vs. postest GE2
- g) pretest GC vs. postest GC.

En estas comparaciones se utilizó la prueba T de Wilcoxon que mide la significancia de los cambios en dos relacionadas, para cada una de las categorías de las habilidades sociales, su total, y la depresión.

También se realizó una evaluación cualitativa con un cuestionario que contenía las siguientes preguntas:

- 1.- ¿Cómo te conducías o te sentías antes del entrenamiento?
- 2.- ¿Qué aprendiste con este entrenamiento?
- 3.- ¿Cómo te sientes ahora (después del entrenamiento)?
- 4.- ¿Cómo piensas que puede ayudarte el entrenamiento en tu vida futura?

Evaluación de seguimiento.

Tres meses después se citó a los integrantes de los grupos experimentales para hacer una medición de seguimiento, valorar la calidad y permanencia de las habilidades sociales, y detectar la ausencia o permanencia de indicadores de depresión. Se aplicaron los mismos instrumentos de evaluación del pretest y el postest a los grupos experimentales; se dio cita a los estudiantes, previo aviso y permiso de las autoridades escolares; se aplicó nuevamente el cuestionario de preguntas abiertas que se utilizó en la evaluación cualitativa posterior al entrenamiento. Se analizaron los resultados obtenidos, y se compararon con mediciones postest/evaluación de seguimiento.

CAPÍTULO CINCO

RESULTADOS

Evaluación pretest y análisis de la relación entre las habilidades sociales y la depresión.

Comparaciones post-entrenamiento de los grupos experimentales y control.

Evaluación del seguimiento.

Análisis cualitativo del programa de entrenamiento.

En el capítulo cuatro se describieron las características y condiciones de aplicación del programa de entrenamiento en habilidades sociales, objetivo principal de esta investigación, donde se propuso el Aprendizaje Estructurado de Goldstein (1981) como procedimiento. También se presentó la metodología utilizada para seleccionar la muestra de estudio, las variables (habilidades sociales y depresión) y los estadísticos utilizados para evaluar la relación entre ambas. Se describieron también las mediciones postratamiento y las de seguimiento, de acuerdo con el diseño propuesto.

En este capítulo se presentan los resultados generales de la investigación, mismos que se describen como se indica a continuación:

1. Evaluación general pretest y análisis de la relación entre habilidades sociales y depresión.
2. Análisis de la relación entre las variables de estudio en la muestra experimental, seleccionada para el entrenamiento.
3. Comparaciones post-entrenamiento de los grupos experimentales y control.
4. Evaluación del seguimiento.
5. Análisis cualitativo del programa de entrenamiento.

1. Evaluación pretest y análisis de la relación entre habilidades sociales y depresión.

Con las puntuaciones resultantes de las variables evaluadas en el pretest para la muestra, $N = 50$ (véase relación de puntajes en Apéndice A-II), se aplicó un análisis de correlación mediante el Coeficiente producto-momento de Pearson. Como se muestra en la tabla 1, las correlaciones obtenidas pueden describirse como moderadas y negativas para las categorías de habilidades de inicio, para manejar los sentimientos, alternativas a la agresión, y para encarar el estrés ($r = -0.60$; $r = -0.69$; $r = -0.67$; $r = -0.70$ respectivamente); negativas con mayor fuerza para el total de las habilidades ($r = -0.72$); y negativas débiles para las habilidades avanzadas y de planeación ($r = -0.39$; $r = -0.36$ respectivamente). Estos resultados prueban la relación inversamente proporcional entre las habilidades sociales y la depresión e indican que, al presentarse un déficit en las habilidades sociales (bajos puntajes), muy probablemente se manifestarán niveles significativos de depresión en los adolescentes (altos puntajes).

El análisis permite corroborar la relación entre el trastorno depresivo (conjunto de cogniciones negativas) y la pasividad conductual (menor participación del sujeto en tareas que solían ser habilidades en él), de acuerdo con Lewinsohn (1975) y Beck (1983). Con base en este criterio, y considerando las categorías en donde se obtuvieron correlaciones moderadas, se eligieron las siguientes habilidades sociales que formaron parte del programa de entrenamiento: escuchar, iniciar y mantener una conversación, dentro de la categoría I (Habini); entender los sentimientos de otros, auto-reforzamiento de la categoría III (Habsen);

hacer respetar sus derechos, negociar, de la categoría IV (Habagr); resistir a la presión individual o grupal, y afrontar la burla, categoría V (Habest).

H. S. CATEGORÍAS	CORRELACIONES	PROBABILIDAD
I.- HABINI	-0.6097	0.00*
II.- HABAVA	-0.3969	0.004*
III.- HABSEN	-0.6938	0.00*
IV.- HABAGR	-0.6736	0.00*
V.- HABEST	-0.7096	0.00*
VI.- HABPLA	-0.3672	0.009*
TOTAL DE H. S.	-0.7215	0.00*

Correlaciones significativas de $p < 0.05^*$

Tabla 1. Análisis de correlación de la depresión y las habilidades sociales en adolescentes de secundaria

Para ilustrar las correlaciones existentes se pueden observar en las figuras 5.1, incisos a, b, c, d, y e, los diagramas de dispersión, con la línea recta de tendencia descendente (negativa), que representan los puntajes de las variables asociadas: habilidades sociales, en las categorías HABINI (habilidades de inicio), HABSEN (habilidades para manejar los sentimientos), HABAGR (habilidades alternativas a la agresión), HABEST (habilidades para encarar el estrés), HABTOT (el total de las habilidades), y la depresión, para cada sujeto de la muestra. En los diagramas de las figuras 1a, 1b, y 1c, aún cuando los puntos no coinciden a lo largo de una línea recta, tienden a agruparse o “amontonarse” de manera descendente; mientras que los diagramas de las figuras 1d y 1e muestran una mayor concentración de los puntos en torno a la recta, ya que corresponden a las correlaciones más fuertes entre las variables de estudio.

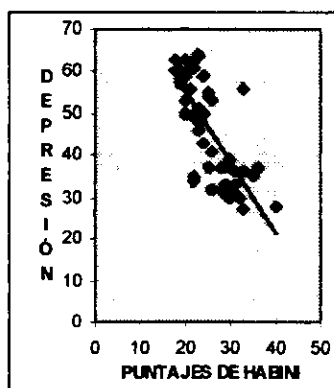


Figura 1a $r = -0.6097$

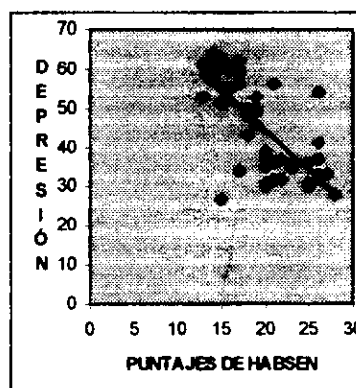


Figura 1b $r = -0.6938$

Figura 1. Correlaciones entre las habilidades sociales y la depresión con los puntajes de una muestra de adolescentes de secundaria

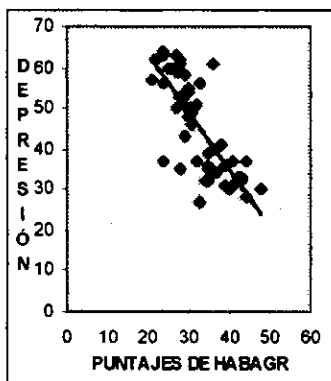


Figura 1c

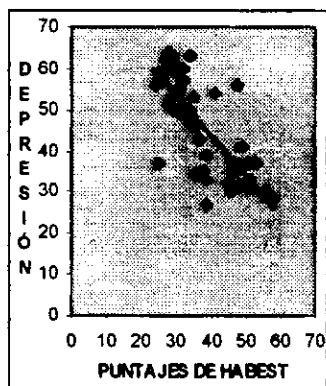
 $r = -0.6736$ 

Figura 1d

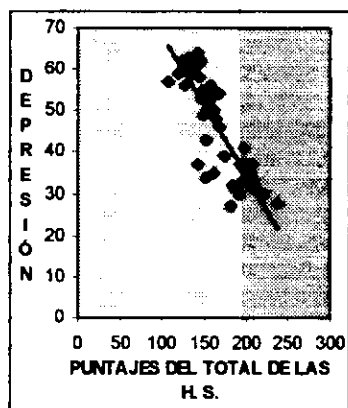
 $r = -0.7096$ 

Figura 1e

 $r = -0.7225$

Figura 1. (Continuación)

2. Análisis de la relación entre habilidades sociales y depresión en la muestra experimental

Una vez comprobada la correlación entre las habilidades sociales, en las categorías ya indicadas, y la depresión, se procedió a la selección de los sujetos, cuyos puntajes mostraron un déficit en las categorías de habini, habsen, habagra, habest, el total de las mismas, y niveles moderado y severo de depresión.

Como se estableció en la metodología, se formaron de manera aleatoria, a partir de la muestra seleccionada (N = 24), los grupos experimentales uno y dos (GE1, GE2) y el grupo control (GC). En las tablas 2, incisos a, b, y c, se muestran los puntajes de los integrantes de cada grupo en las habilidades sociales y la depresión; se puede observar que en todos los

Tabla 2. Relación de los puntajes de la depresión y las habilidades sociales por categorías en la muestra experimental.

Tabla 2a **GE.1**

Ss.	Depresión Niveles	HABILIDADES SOCIALES***						
		Categorías						
		Habini	Habava	Habsen	Habagr	Habest	Habpla	Habtot
1	62**	22	21	17	28	28		146
2	63**	20	16	15	27	29	24	131
3	61**	21		15	28	30		142
4	60**	19	15	17	25	32		135
5	64**	23	18	14	24	28		143
6	50*	24		18	31	34		162
7	53*	25	15	19	29	35	23	147
8	55**	26		16	30	31		148

Tabla 2b **GE.2**

Ss.	Depresión Niveles	HABILIDADES SOCIALES***						
		Categorías						
		Habini	Habava	Habsen	Habagr	Habest	Habpla	Habtot
1	62**	21		15	22	27		123
2	59**	24	18	17	28	30	23	139
3	48*	23		18	30	34	26	164
4	50*	20		19	27	33		154
5	61**	22		13	36	28		138
6	46*	23		19	31	35	23	167
7	60**	19	13	16	25	32		125
8	63**	18	18	14	24	34		139

Tabla 2 c **GC.**

Ss.	Depresión Niveles	HABILIDADES SOCIALES***						
		Categorías						
		Habini	Habava	Habsen	Habagr	Habest	Habpla	Habtot
1	58**	19		14	29	26		144
2	49*	22		19	31	31	24	148
3	50*	24		18	30	30		154
4	51*	23		15	32	28		154
5	53*	20		13	28	29		157
6	59**	20	15	14	27	25		118
7	56**	21	17	17	24	24	23	127
8	60**	18	16	16	26	27		128

* Depresión moderada (41-54 puntos)

** Depresión severa (55-81 puntos)

*** Déficit = suma de las respuestas 1, 2, y 3 (nunca, raras veces, algunas veces)

adolescentes se detectaron déficits en las categorías I, III, IV, y V de las H. S. de acuerdo con la escala de Ríos(1994) que se utilizó para evaluar las habilidades sociales (véase Apéndice A); y niveles moderados y severos de depresión, evaluada con el inventario de Kovacs (1977). Sólo en algunos sujetos se registraron déficit en las habilidades avanzadas (Habava) y las habilidades de planeación (Habpla).

Posteriormente, para corroborar en qué medida la asociación, entre las variables habilidades sociales y depresión, seguía siendo significativa en la muestra experimental, se aplicó el coeficiente Rho de rango de Spearman para muestras pequeñas, específicamente entre las cuatro categorías de las habilidades en donde todos los adolescentes mostraron déficit y niveles depresivos entre moderados y severos. En la tabla 3 se presentan las correlaciones obtenidas en cada una de las categorías, donde puede observarse que dichas correlaciones son negativas entre débiles y moderadas, siendo la más alta $r = - 0.72$, con $p = 0.00$, que corresponde al total de las habilidades.

Tabla 3. Análisis de correlación de la depresión y las habilidades sociales en la muestra experimental

Categorías de H.S.	Correlaciones (Rho)	Probabilidad
Habini	- 0.4259	0.038*
Habsen	- 0.6452	0.001*
Habagr	-0.6315	0.001*
Habest	-0.4216	0.040*
Habtotal	-0.7234	0.00*

Correlaciones significativas de $p < 0.05^*$

3. Comparaciones post-entrenamiento de los grupos experimentales y control.

Para evaluar la eficacia del entrenamiento, se realizaron comparaciones estadísticas pretest-postest, y entre los grupos experimentales y control, como se especificó en la metodología (capítulo cuatro). Los resultados obtenidos para estas comparaciones se resumen de la siguiente manera:

Primero.- En las tablas 4a y 4b se puede observar que las diferencias no son significativas entre los grupos experimentales uno y dos(GE1, GE2), y el grupo control(GC) en los puntajes de las habilidades de inicio, para manejar los sentimientos, alternativas a la agresión, y el total de las mismas en la evaluación que se realizó antes del entrenamiento. Por el contrario en las habilidades para encarar el estrés, se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos experimentales y control de $p < 0.01$; no obstante esta diferencia en los puntajes, ligeramente más altos en los grupos experimentales, no representa ventaja alguna, ya que los integrantes de los tres grupos manifestaron la carencia de este tipo de habilidades al someterse a la evaluación.

Tabla 4. Comparación de los puntajes de habilidades sociales, para las cuatro categorías y el total, entre los grupos experimentales y el grupo control en PRETEST.

Tabla 4a **COMPARACIONES GE1/GC**

Ss.	I. Habini		III. Habsen		IV. Habagr		V. Habest		Total	
	GE1	GC	GE1	GC	GE1	GC	GE1	GC	GE1	GC
1	22	19	17	14	28	29	28	26	95	88
2	20	22	15	19	27	31	29	31	91	103
3	21	24	15	18	28	30	30	30	94	102
4	19	23	17	15	25	32	32	28	93	98
5	23	20	14	13	24	28	28	29	89	90
6	24	20	18	14	31	27	34	25	107	86
7	26	21	19	17	29	24	35	24	109	86
8	25	18	16	16	30	26	31	27	102	87
	158	167	131	126	222	227	247	220	780	740

HabestU=11.5

(p = 0.01)

Tabla 4b **COMPARACIONES GE2/GC**

Ss.	I. Habini		III. Habsen		IV. Habagr		V. Habest		Total	
	GE2	GC	GE2	GC	GE2	GC	GE2	GC	GE2	GC
1	21	19	15	14	22	29	27	26	85	88
2	24	22	17	19	28	31	30	31	99	103
3	23	24	18	18	30	30	34	30	105	102
4	20	23	19	15	27	32	33	28	99	98
5	22	20	13	13	36	28	28	29	99	90
6	23	20	19	14	31	27	35	25	108	86
7	19	21	16	17	25	24	32	24	92	86
8	18	18	14	16	24	26	34	27	90	87
	170	167	131	126	223	227	253	220	777	740

Habest U = 9.5

(p < 0.01)

Con relación a la depresión, en la tabla 5a se muestran las comparaciones de los puntajes totales en pretest para el GE1 vs. GC, las cuales registraron diferencias significativas ($U = 15.5$, $p < 0.05$), que se traduce en puntajes más elevados de los adolescentes del grupo experimental. En la tabla 5b se pueden observar también diferencias, aunque no significativas estadísticamente, entre el GE2 vs. GC, con puntajes más altos en el grupo experimental, lo que representa, no obstante, cierta similitud entre ambos grupos.

Tabla 5. Comparación de los puntajes de la depresión en PRETEST entre los grupos experimentales y el grupo control

Tabla 5a			Tabla 5b		
Ss.	GE1/GC		Ss.	GE2/GC	
	Depresión			Depresión	
	GE1	GC		GE2	GC
1	62	58	1	62	58
2	63	49	2	59	49
3	62	50	3	48	50
4	60	51	4	50	51
5	64	53	5	61	53
6	50	59	6	46	59
7	53	56	7	60	56
8	55	60	8	63	60
	469	436		449	436

$U = 15.5$
 $(p < 0.05)$

Segundo.- Para evaluar la significación de las comparaciones pretest-postest se aplicó la prueba no paramétrica T de Wilcoxon para dos muestras relacionadas. Como se muestra en la tabla 6a, en el grupo experimental uno se obtuvieron diferencias significativas para las cuatro categorías de habilidades evaluadas (que incluyen las habilidades entrenadas), y el total de las mismas ($p = 0.01$). De la misma manera, la tabla 6b muestra diferencias significativas ($p < 0.05$) en las comparaciones pretest-postest para el grupo experimental dos, en las cuatro categorías y el total de las habilidades, lo cual indica que los sujetos entrenados aprendieron el manejo adecuado de este tipo de habilidades.

Con relación al grupo control, la tabla 6c muestran las comparaciones pretest-postest que, contrariamente a los grupos experimentales, registraron mínimas variaciones en el postest, pero estadísticamente no significativas en las habilidades de inicio ($p = 0.41$), para manejar los sentimientos ($p = 0.73$), alternativas a la agresión ($p = 0.09$), y en el total de las mismas ($p = 0.32$); mientras que en la categoría de las habilidades para encarar el estrés se obtuvo una diferencia significativa ($p = 0.01$), que representa un aumento en el puntaje de la postevaluación, pero que, no obstante, sigue representando un déficit de los adolescentes que no recibieron el entrenamiento en el manejo de esas habilidades.

En la tabla 7 se muestran las comparaciones pretest-postest para la depresión que registraron diferencias significativas en los grupos experimentales uno y dos ($p = 0.01$, $p < 0.05$ respectivamente), que representa una disminución en los adolescentes de los niveles de

depresión en posttest, asociada, además, a un incremento de los puntajes en las habilidades sociales, con lo cual se reafirma la relación inversamente proporcional entre las dos variables de estudio, en donde, a mayor puntuación de las habilidades sociales (superación del déficit), menor puntuación de la depresión (disminución o ausencia del trastorno). En esta misma tabla puede apreciarse que en el grupo control se registró una diferencia significativa ($z = -2.52$, $p = 0.01$), pero, contrariamente a los grupos experimentales, esta diferencia refiere puntajes más elevados en posttest, que, aun cuando no representan un cambio en los niveles depresivos, pueden ser considerados como un incremento en el trastorno.

Tabla 6. Comparaciones PRETEST- POSTEST de las categorías de habilidades sociales

Tabla 6a			GE1							
Ss.	I. Habini		III. Habsen		IV. Habagr		V. Habest		Total	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
1	22	36	17	29	28	42	28	55	95	162
2	20	38	15	30	27	48	29	52	91	168
3	21	39	15	25	28	46	30	54	94	164
4	19	35	17	28	25	43	32	50	93	156
5	23	32	14	24	24	45	28	51	89	152
6	24	34	18	26	31	44	34	48	107	152
7	26	37	19	29	29	47	35	56	109	169
8	25	40	16	30	30	49	31	58	102	177
180		291	131	221	222	364	247	424	780	1300
$Z = -2.5205$ $p = 0.0117^{**}$		$Z = -2.5205$ $p = 0.0117^{**}$		$Z = -2.5205$ $P = 0.0117^{**}$		$Z = -2.5305$ $p = 0.0117^{**}$		$Z = -2.5201$ $p = 0.0117^{**}$		
$p = 0.01^{**}$										

Tabla 6b			GE2							
Ss.	I. Habini		III. Habsen		IV. Habagr		V. Habest		Total	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
1	24	33	17	26	28	45	30	52	99	156
2	23	39	18	28	30	46	34	59	105	172
3	20	34	19	27	27	41	33	47	99	149
4	23	38	19	30	31	43	35	55	108	166
5	19	37	16	24	25	42	32	49	92	152
6	18	36	14	25	24	40	24	46	90	147
127		217	103	160	165	257	188	308	593	942
$Z = -2.2014$ $P = 0.0277^*$		$Z = -2.2014$ $P = 0.0277^*$		$Z = -2.2014$ $P = 0.0277^*$		$Z = -2.2014$ $p = 0.0277^*$		$Z = -2.2014$ $p = 0.0277^*$		
$p < 0.05^*$										

Tabla 6. (Continuación)

Tabla 6c			GC							
Ss.	I. Habini		III. Habsen		IV. Habagr		V. Habest		Total	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
1	19	15	14	16	29	20	26	31	88	82
2	22	24	19	19	31	31	31	37	103	111
3	24	17	18	15	30	27	30	34	102	93
4	23	23	15	17	32	30	28	35	98	105
5	20	20	13	16	28	29	29	36	90	101
6	20	19	14	15	27	28	25	30	86	92
7	21	22	17	18	24	23	24	29	86	92
8	18	18	16	13	26	22	27	33	87	86
	167	158	126	129	227	210	220	265	740	762
	Z = -0.8090 p = 0.4185		Z = -0.3381 P = 0.7353		Z = -1.6903 P = 0.0910		Z = -2.5205 p = 0.0117**		Z = -0.9802 p = 0.3270	

p = 0.01**

Tabla 7. Comparaciones pretest-postest para la depresión en los grupos experimentales y control

Ss.	GE1		GE2		GC	
	Depresión		Depresión		Depresión	
	Pre	Post	Pre	post	pre	Post
1	62	30	59	31	58	61
2	63	29	48	28	49	50
3	61	30	50	30	50	59
4	60	32	46	29	51	52
5	64	34	60	32	53	57
6	50	33	63	33	59	60
7	53	31			56	58
8	55	28			60	62
	468	247	326	183	436	459
	Z = -2.5205 p = 0.011**		Z = -2.2014 p = 0.027*		Z = -2.5205 p = 0.011**	

p = 0.01** y p < 0.05*

En las figuras 3a, y 3b se ilustran objetivamente los cambios atribuibles al entrenamiento en los grupos experimentales; como puede observarse en estas figuras, hay un incremento significativo de los puntajes totales en postest, para cada una de las categorías de las habilidades sociales en ambos grupos. Por el contrario, en la figura 3c se notan ligeros

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

cambios descendentes de los puntajes totales de los adolescentes del grupo control, evaluados en postest, en las categorías de las habilidades de inicio y en las habilidades alternativas a la agresión, y ligeramente ascendentes en las habilidades de inicio y las habilidades para encarar el estrés, sin embargo, esto no representa la superación del déficit en el manejo de estas categorías como puede constatarse en la tabla 6c.

Las comparaciones pretest-postest para los totales de las categorías de habilidades evaluadas en los dos grupos experimentales y el control, se representan en la figura 4; se aprecian en la gráfica los cambios que pueden atribuirse al programa de entrenamiento. En el grupo control un incremento en los puntajes, pero no significativo estadísticamente, que puede ser atribuido a un sesgo en la evaluación o a otras circunstancias ambientales de los adolescentes.

En la figura 5 se observan los cambios de la depresión, con un notable descenso en los puntajes del postest para los grupos experimentales, que representa la disminución de los niveles moderado y severo, mientras que en los adolescentes del grupo control se registra un ligero incremento en los puntajes de esta variable.

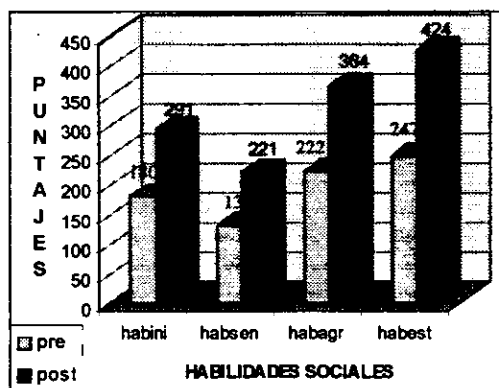


Figura 3a

GE1

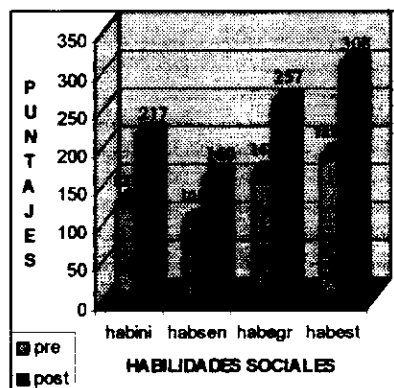


Figura 3b

GE2

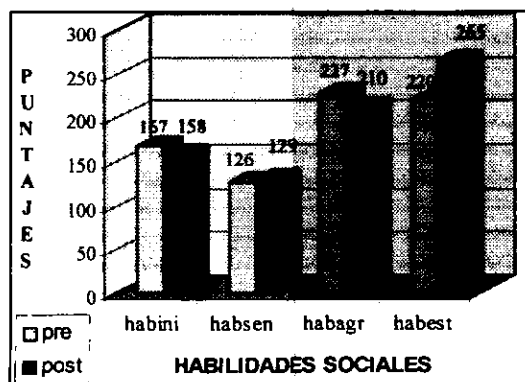


Figura 3c

GC

Figura 3. Comparaciones pretest-postest de los puntajes totales de las habilidades sociales, por categorías.

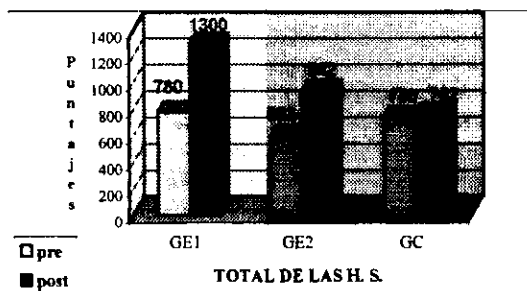


Figura 4. Comparaciones pretest-postest de los puntajes totales del total de las habilidades sociales en los grupos experimentales y control

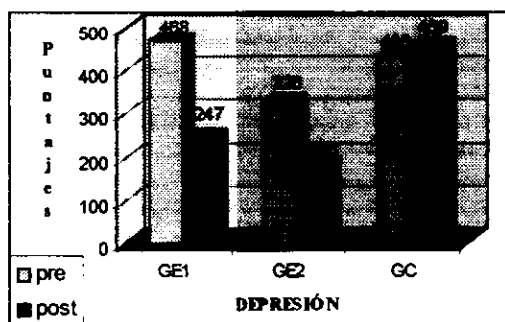


Figura 5. Comparaciones pretest-postest de los puntajes totales de la depresión en los grupos experimentales y control.

Tercero.- En las tablas 8a y 8b se presentan los resultados de las comparaciones entre los grupos experimentales y el grupo control de la posevaluación. Puede observarse que se obtuvieron diferencias altamente significativas ($p = 0.00$) en las cuatro categorías de habilidades entrenadas y el total de las mismas, que favorecen a los dos grupos experimentales. Se presentan, además, los puntajes de cada uno de los sujetos que evidencian la superación del déficit en el manejo de estas conductas, después de administrado el entrenamiento.

En cuanto a la depresión, las tablas 9a y 9b muestran también comparaciones altamente significativas ($p = 0.00$) entre los puntajes totales de postest de los grupos sometidos al entrenamiento y el grupo control; en ambos grupos experimentales se evidencia la disminución de los niveles depresivos, no así en el grupo control.

Tabla 9. Comparaciones de los puntajes de la depresión entre los grupos experimentales y control en postest.

Ss.	Depresión	
	GE1	GC
1	30	61
2	29	50
3	30	59
4	32	52
5	34	57
6	33	60
7	31	58
8	28	62
	247	459

Depresión U = 0 (p = 0.00)

Ss.	Depresión	
	GE2	GC
1	31	61
2	28	50
3	30	59
4	29	52
5	32	57
6	33	60
7		58
8		62
	183	459

Depresión U = 0 (p = 0.00)

4. Evaluaciones del seguimiento.

En este apartado se presentan las comparaciones resultantes de postratamiento y etapa de seguimiento, realizadas para cada una de las categorías de habilidades evaluadas, el total de las mismas, y la depresión, así como para puntajes totales. Se aplicó la prueba no paramétrica T de Wilcoxon para muestras relacionadas.

En la tabla 10, incisos a y b, se muestran las comparaciones, que no registran diferencias estadísticamente significativas de los grupos experimentales entre los puntajes obtenidos después de la aplicación del entrenamiento y de la evaluación que se administró a los integrantes después de tres meses. Se puede observar que ambas puntuaciones son muy similares, lo que puede representar la permanencia del aprendizaje de un manejo adecuado de los repertorios prosociales en los adolescentes, hasta la última evaluación.

Asimismo, la tabla 10c resume las comparaciones también sin diferencias significativas estadísticamente para la muestra total, en las categorías habini, habsen, habagr, y habest ($p = 0.93$; $p = 0.41$; $p = 1.00$; $p = 0.97$ respectivamente) y el total de las mismas ($p = 0.88$).

En la tabla 11 se pueden observar las comparaciones de las puntuaciones postest-seguimiento de la depresión en los dos grupos experimentales, que tampoco mostraron diferencias estadísticamente significativas entre una y otra evaluación, lo que puede interpretarse como un equilibrio emocional de los adolescentes durante este periodo, atribuido, entre otros factores, a conductas prosociales adecuadas. Cabe hacer notar, que un integrante del grupo dos aumentó significativamente su puntuación de depresión a un nivel moderado; asimismo se registró un descenso notable de sus puntuaciones en las habilidades;

concretamente, en las categorías de las habilidades de inicio, y las habilidades para expresar sus sentimientos, que parecen ser las más sensibles ante el trastorno depresivo.

Tabla 10. Comparaciones postest- seguimiento en las categorías de habilidades y el total de las mismas de los grupos experimentales y la muestra total.

Ss		GE1									
		Habini		Habsen		Habagr		Habest		Total	
		Post.	seg.	Post.	Seg.	Post.	Seg.	Post	Seg.	Post.	seg.
1	36	35	29	28	42	42	55	50	162	155	
2	38	40	30	30	48	47	52	56	168	173	
3	39	37	25	26	46	47	54	53	164	163	
4	35	36	28	29	43	46	50	57	156	168	
5	32	34	24	27	45	41	51	50	152	152	
6	34	36	26	28	44	43	48	51	152	158	
7	37	38	29	29	47	44	56	54	169	163	
8	40	32	30	25	49	43	58	49	177	149	
		291	288	221	222	364	353	424	420	1300	1281
		$Z = -0.3501$ $p = 0.7263$		$Z = -0.5241$ $P = 0.6002$		$Z = -1.2677$ $P = 0.2049$		$Z = -0.2801$ $P = 0.7794$		$Z = -0.4226$ $P = 0.6726$	

Ss		GE2									
		Habini		Habsen		Habagr		Habest		Total	
		Post.	seg.	Post.	seg.	Post.	Seg.	Post	seg.	post.	seg.
1	33	35	26	30	45	46	52	53	156	164	
2	39	38	28	29	46	45	59	54	172	166	
3	34	34	27	28	41	43	47	53	149	158	
4	38	38	30	29	43	47	55	53	166	167	
5	37	36	24	30	42	48	49	51	152	165	
6	36	24	25	19	40	39	46	46	147	128	
		217	205	160	165	257	268	308	310	942	948
		$Z = -0.7303$ $p = 0.4652$		$Z = -0.6290$ $p = 0.5294$		$Z = -1.3628$ $P = 0.1730$		$Z = -0.2697$ $P = 0.7874$		$Z = -0.5241$ $p = 0.6002$	

Tabla 10. (Continuación).

Tabla 10c		N = 22		
Habini	Habsen	Habagr	Habest	Total
Z = -0.07884 p = 0.9375	Z = -0.8237 p = 0.4101	Z = 0.000 p = 1.000	Z = -0.0349 p = 0.9721	Z = -0.1398 p = 0.8888

Tabla 11. Comparaciones postest-seguimiento de la depresión en los grupos experimentales.

Tabla 5.11

Ss.	GE1		GE2	
	Depresión		Depresión	
	post.	Seg.	post.	Seg.
1	30	32	31	32
2	29	27	28	31
3	30	30	30	30
4	32	31	29	31
5	34	33	32	32
6	33	32	33	51
7	31	31		
8	28	33		
	247	249	183	207
	Z = 0.00 p = 1.00		Z = -1.8257 p = 0.0679	

En la figura 6 se muestra gráficamente la permanencia del aprendizaje de las habilidades sociales, que puede atribuirse al programa de entrenamiento. La figura 6a se observa que en el grupo experimental uno, los puntajes totales de las categorías de habilidades evaluadas de postest se conservaron casi iguales en la evaluación realizada tres meses después de concluido el programa de entrenamiento, con un ligero descenso en las evaluaciones de seguimiento. La figura 6b, que muestra las comparaciones para el grupo dos, también se mantiene cierta similitud entre los puntajes de ambas evaluaciones, con un ligero incremento a favor de las evaluaciones de seguimiento, excepto en las habilidades de inicio que registran un descenso. La figura 9c ilustra las comparaciones del total de las habilidades entre las dos

evaluaciones, para ambos grupos experimentales; mostrando un ligero descenso, aunque no significativo, en el grupo uno, y un ligero incremento en el grupo dos.

Figura 6a

GE1

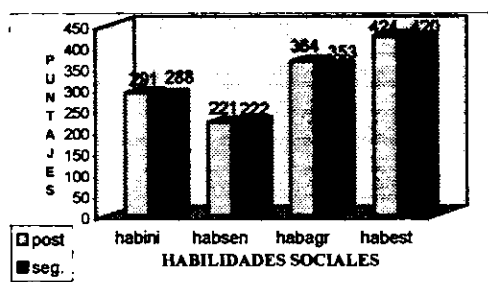


Figura 6b

GE2

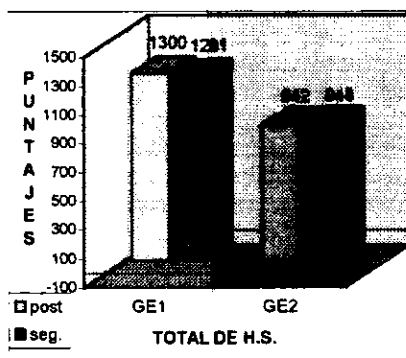
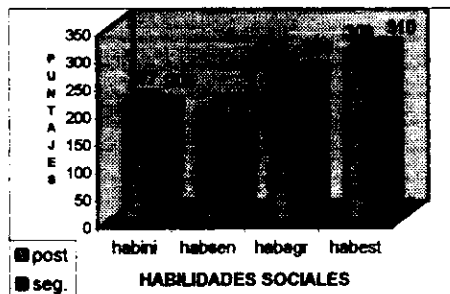


Figura 5.6c

Figura 6. Comparaciones postest-seguimiento de los puntajes de las habilidades sociales, por categorías y el total de las mismas, en los grupos experimentales.

Con respecto a la depresión, en la figura 7 se representan gráficamente incrementos leves en los totales de los puntajes para ambos grupos, no obstante estos no representan la presencia de niveles depresivos.

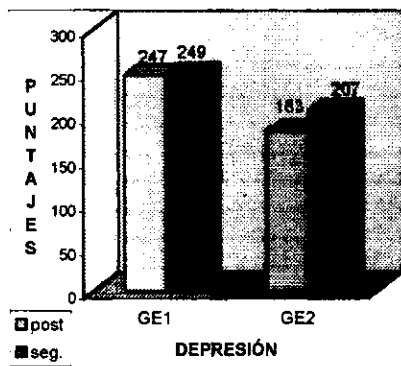


Figura 7. Comparaciones posttest-seguimiento de los puntajes de la depresión en los grupos experimentales.

Finalmente, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para las comparaciones globales entre los grupos experimentales. Como se puede observar en los puntajes de las habilidades sociales que muestra la tabla 12, no se registraron diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de seguimiento entre el grupo uno y dos, lo cual puede significar que el programa de entrenamiento tuvo efectos positivos, casi iguales, para ambos grupos.

Tabla 12. Comparaciones intergrupales de los puntajes de las habilidades por categorías en la etapa de seguimiento.

Ss.	Habini		Habsen		Habagr		Habest		Total	
	GE1	GE2	GE1	GE2	GE1	GE2	GE1	GE2	GE1	GE2
1	35	35	28	30	42	46	50	53	155	164
2	40	38	30	29	47	45	56	54	173	166
3	37	34	26	28	47	43	53	53	163	158
4	36	38	29	29	46	47	57	53	168	167
5	34	36	27	30	41	48	50	51	152	165
6	36	24	28	19	43	39	51	46	158	128
7	38		29		44		54		163	
8	32		25		43		49		149	
	288	205	222	165	353	268	420	310	1281	948

En la tabla 13 se muestra la comparación de los puntajes globales de la depresión entre los grupos uno y dos en la etapa de seguimiento que no presenta diferencias estadísticas significativas; no obstante, se puede observar que un sujeto del grupo dos elevó considerablemente su puntuación a un nivel moderado del trastorno depresivo.

Tabla 13. Comparaciones de los puntajes de la depresión en la etapa de seguimiento entre los grupos experimentales.

Ss.	Depresión	
	GE1	GE2
1	32	32
2	27	31
3	30	30
4	31	31
5	33	32
6	32	51
7	31	
8	33	
	249	207
Depresión U = 22. 5		

En resumen, el diseño comparativo longitudinal, que representa la parte sustancial de esta investigación, y que, como quedó establecido en la metodología, se propuso demostrar el proceso de aprendizaje de las conductas prosociales en un grupo de adolescentes de secundaria, arrojó resultados satisfactorios que se muestran a través de la comparación de las etapas consideradas: preevaluación, evaluación post-entrenamiento, y evaluación de seguimiento. Con relación a la depresión, se puede decir que se demostró la relación inversamente proporcional de este trastorno con las habilidades sociales, y con ello, la posibilidad de reducir o prevenirlo en los adolescentes de secundaria, que se encuentran en una etapa del desarrollo considerada como de riesgo.

5. Análisis cualitativo del programa de entrenamiento.

La evaluación cualitativa se sustenta en dos aspectos, la exploración directa del adolescente con relación a su apreciación al término de cada sesión, y la aplicación de un cuestionario de preguntas abiertas al concluir el programa de entrenamiento, que incluía los siguientes aspectos:

1. ¿Cómo te conducías y sentías antes del entrenamiento?
2. ¿Qué aprendiste en este programa de entrenamiento?
3. ¿Cómo te sientes después de haber recibido el entrenamiento?
4. ¿Cómo piensas que puede influir en tu vida futura este aprendizaje?

En cuanto al cuestionario, se pidió a los dos grupos experimentales (14 adolescentes) que respondieran a las preguntas por escrito y de manera general. Solo 12 jóvenes entregaron

las respuestas en un sobre tamaño carta (véase Apéndice E). Del análisis de las respuestas se destaca lo siguiente:

Con relación a la primera pregunta, todos los sujetos argumentaron que no se sentían comprendidos ni apoyados por los adultos, ni tenían confianza para hablar de sus problemas con los adultos; que tenían miedo de expresar sus sentimientos, que no se valoraban sus esfuerzos, que no aclaraban sus dudas por temor a la represión, y, finalmente, que no sabían como resolver sus problemas familiares, escolares y emocionales.

A la pregunta número dos, 11 adolescentes respondieron que con el entrenamiento aprendieron a escuchar, a comprender a las personas en sus estados de ánimo y sentimientos, a quererse a sí mismos y valorar sus esfuerzos, a tratar de resolver sus problemas, a usar técnicas para afrontar la burla de sus compañeros, a convivir con otras personas, a conocer sus derechos y tratar de defenderlos, y a valorar la vida, a pesar de los problemas que se tengan. Un joven argumentó que tenía más problemas de ese tipo con los profesores y personal de la escuela, que con sus padres.

La pregunta que se refiere a su estado de ánimo después del entrenamiento, tuvo las siguientes respuestas de 10 adolescentes: que se sentían muy bien, que se sentían como personas especiales, que su vida había cambiado, que habían vencido la timidez y la incapacidad para comunicarse, y que creían haber avanzado un paso para ser personas mejores. Dos adolescentes refirieron que el divorcio de sus padres, y los pleitos entre ellos, les entristecía algunas veces y les hacía sentir mal.

La repercusión del entrenamiento en su vida futura, todos la consideraron en los siguientes términos:

- Que tal vez tendrán muchos amigos porque han aprendido a convivir con las personas.
- Que van a mejorar sus relaciones con sus padres.
- Que saber escuchar les ayudará a entender a las personas y a tener nuevos amigos.

Con respecto al mantenimiento de los cambios logrados con el entrenamiento, al aplicar el mismo cuestionario, después de tres meses, cinco de los adolescentes argumentaron que seguían sintiéndose bien y sin problemas graves; un sujeto reportó un efecto de deterioro en su autoestima posterior a la fecha de la última entrevista de evaluación; otra persona planteó haber tenido dificultades por la separación de sus padres, que se tradujo en tristeza y falta de confianza en los demás, pero que, según sus propias palabras se trataba de "un estado de ánimo sin importancia"; un adolescente más, reportó problemas interpersonales al ingresar a la vida laboral. Ninguno de ellos manifestó estar peor que antes de los tres meses. Todos dijeron que el único problema fue no haber continuado más tiempo con el entrenamiento, para profundizar en las relaciones de pareja y aspectos relacionados con los problemas familiares.

CAPÍTULO SEIS
CONCLUSIONES.

De la relación entre las habilidades sociales y la depresión.
De la relevancia del programa de entrenamiento.
Del estudio longitudinal.
Recomendaciones.

La presente investigación se realizó con el objetivo de diseñar y aplicar un programa grupal de entrenamiento para el desarrollo de las habilidades sociales con el propósito de ayudar a disminuir el trastorno depresivo en adolescentes de secundaria. Este objetivo se sustentó en la hipótesis que plantea una relación inversamente proporcional entre la existencia de un déficit de las habilidades sociales y la presencia de niveles significativos de la depresión, basada en el modelo cognitivo-conductual.

En este capítulo se presentan las conclusiones que sugieren los resultados obtenidos en consideración a los siguientes aspectos: la relación entre las variables de estudio; la aplicación del programa de entrenamiento; y la evaluación del estudio longitudinal.

1. De la relación entre las habilidades sociales y la depresión.

En términos generales, el análisis de los resultados permite corroborar la hipótesis que plantea la existencia de una relación estadísticamente significativa e inversamente proporcional entre el trastorno depresivo (conjunto de cogniciones negativas) y la pasividad conductual (menor participación - o la no participación -) del sujeto en tareas que solían ser habilidades en él, sustentada en el modelo cognitivo-conductual de la depresión de Lewinsohn (1975) y Beck (1967). De acuerdo con este marco teórico, expuesto en el capítulo dos, la inadecuación social predispone, mantiene o aumenta los niveles depresivos. En este sentido, aunque de manera general, los adolescentes no emiten respuestas prosociales adecuadas, las categorías de habilidades que se encontraron relacionadas con el trastorno depresivo en la muestra de adolescentes seleccionada, de acuerdo a las correlaciones obtenidas, fueron: las habilidades de inicio, para manejar los sentimientos, las alternativas a la agresión, y para encarar el estrés, de las cuales, las alternativas a la agresión se encontraron más significativamente relacionadas con los niveles moderado y severo de la depresión, lo que puede indicar que este tipo de habilidades se inhiben con mayor frecuencia ante la presencia de este trastorno afectivo.

Por otra parte, las categorías de las habilidades avanzadas, y las de planeación no se encontraron correlacionadas de manera significativa con la depresión; no obstante, algunos adolescentes presentaron déficit en estas habilidades, tal como se mostró en las tablas que refieren los puntajes del pretest. En el total de las habilidades, por consecuencia lógica, se encontró una correlación mayor, ya que incluye las cuatro categorías que correlacionaron significativamente.

Estos resultados permitieron hacer una selección de las habilidades que están consideradas dentro de las cuatro categorías que correlacionaron más significativamente, para el programa de entrenamiento, de manera más específica, quedando integrado con las siguientes: habilidades para escuchar, iniciar y mantener una conversación, autovaloración, entender los sentimientos de otros, negociar, afrontar la burla, defender sus derechos, y resistir a la presión individual o de grupo, y tomando en cuenta, también, aquellas que podrían ser más atractivas y útiles para los adolescentes de secundaria.

Al analizar las correlaciones de las variables, obtenidas en la muestra seleccionada para el entrenamiento ($N = 24$), se encontró que éstas fueron significativas moderadas en las cuatro categorías de las habilidades sociales evaluadas, en comparación a las registradas en las

mismas categorías y en el total de las mismas en la muestra original, en donde se registraron significancias fuertes.

En el análisis de cada uno de los grupos, aunque en los tres se connotó un déficit de las cuatro categorías asociado a los niveles elevados de la depresión, en los grupos experimentales se encontró una mayor significancia estadística de la relación que en el grupo control. En lo que se refiere al total de las habilidades, en los tres grupos esta relación fue más fuerte que en la muestra original; lo cual se justifica, porque los grupos se formaron exclusivamente con los adolescentes que presentaron un déficit en casi todas las habilidades y los más altos niveles de depresión (moderado y severo).

Es importante señalar que los niveles de correlación encontrados en el presente estudio, tanto para el total de las habilidades sociales y la depresión en la muestra original de $N = 50$ ($r = -0.7215$), como para la muestra entrenada de $N = 24$ ($r = -0.7234$), superaron los índices de correlación de los estudios que se revisaron en el capítulo tres ($r = -0.50$, $r = -0.54$, $r = -0.56$) con poblaciones similares. En términos generales, se puede concluir que los resultados obtenidos corroboran y reafirman los datos encontrados en estudios realizados en otros países (Lazarus, 1968; Coyn, 1976; Lefevre y West, 1881; Spirito y Hark, 1990), en los que se ha evaluado la relación entre estas variables con instrumentos de medición y pruebas estadísticas comparables; por lo que la evidencia de lo que se dispone actualmente confirma cada vez más la presencia de una relación significativa e inversamente proporcional entre la depresión y las habilidades sociales en población de adolescentes.

Es importante considerar que en el presente trabajo se investigó únicamente el constructo de las habilidades sociales, bajo la suposición de que el mismo es uno de los muchos elementos que puede contribuir a la depresión; sin embargo, no hay que descartar que existe una serie de variables personales (estilos cognoscitivos y atribucionales, perfil de personalidad, edad, género), y ambientales o situacionales (valores, roles sociales, contextos familiares, nivel socioeconómico) que, además de la dimensión conductual (tipo de habilidad o conducta), y en interacción con la misma, juegan un papel importante en el desorden depresivo de la población adolescente. Por lo tanto, al analizar los resultados de esta investigación, no debe perderse de vista que la conducta prosocial es solamente una de las variables que contribuyen a la depresión en esta etapa del desarrollo.

Por otra parte, como dato adicional importante se puede señalar que la tasa de depresión encontrada en este estudio fue del 56% – 28 adolescentes con trastornos depresivos entre moderado y severo, de la muestra total de 50--lo que indica que se trata de una condición de relevancia, por la repercusión que puede tener dicho desorden en su desempeño académico, y en sus repertorios prosociales en esta etapa del desarrollo, además de las consecuencias que pudieran derivarse de ella en la edad adulta.

2. De la relevancia del programa de entrenamiento de habilidades sociales.

Apoyándose en estudios anteriores, como los realizados por Goldstein (1981) y Roth (1986) se puede decir que el programa de entrenamiento, basado en el paquete conductual "Aprendizaje Estructurado", administrado a una muestra de adolescentes de secundaria,

demostró gran eficacia como tecnología conductual e instruccional. Además, el análisis de los resultados del postratamiento permite corroborar el planteamiento teórico propuesto en este trabajo acerca de la correlación inversamente proporcional de las variables.

La evaluación de la significancia de los cambios atribuibles al entrenamiento, así como los valores que no registraron cambio alguno (en el caso del grupo control), mostraron evidencia estadística suficiente para sustentar la relevancia e importancia del procedimiento del programa de entrenamiento en habilidades sociales.

Comparando los grupos experimentales con el grupo control, antes del entrenamiento, no se encontraron diferencias significativas en alguno de los tres grupos, en los cuales se presentaron déficits en las habilidades de inicio, para expresar sentimientos, y alternativas a la agresión. Por el contrario, en las habilidades para encarar el estrés, aunque los tres grupos registraron déficits, el grupo control presentó puntajes más bajos, que pudieran considerarse como una condición de mayor desventaja para esos adolescentes; no obstante los niveles de depresión en ese grupo, registraron también puntajes bajos -contrariamente a lo que se esperaba en atención a la asociación inversamente proporcional de las variables- pero sin diferencia significativa en comparación a los grupos experimentales.

Con relación a la contrastación estadística de las evaluaciones realizadas con la prueba T de Wilcoxon, antes y después del entrenamiento, se encontró que los adolescentes de los grupos experimentales aprendieron el manejo adecuado de las habilidades para escuchar, iniciar y mantener una conversación, entender los sentimientos de otros, autovaloración, negociar, defender sus derechos, afrontar la burla, y resistir a la presión individual o de grupo, superando el déficit observado en el pretest; de igual manera, como se esperaba, los niveles de la depresión moderado y severo, disminuyeron a niveles considerados dentro de la normalidad, de acuerdo al instrumento de evaluación empleado en el estudio.

En el grupo control se registró la permanencia de los déficits de las habilidades de inicio, para manejar los sentimientos, y alternativas a la agresión en la evaluación postest; no así en las habilidades para encarar el estrés, en donde se encontró un aumento de los puntajes totales, pero que no representa la superación del déficit en los adolescentes de ese grupo, circunstancia que pudiera explicarse a partir de la propuesta de Caballo (1993), que sustenta que el nivel académico puede influir en el desarrollo de las habilidades sociales (recuérdese que durante el postest, los adolescentes se encontraban en el segundo grado de secundaria, mientras que en el pretest, cursaban el primer grado). En cuanto a la depresión, se registró también una diferencia significativa entre uno y otro momento de la evaluación, pero con un ligero incremento de los niveles del trastorno en los adolescentes de este mismo grupo, que pudiera sugerir la necesidad de un entrenamiento de conductas prosociales para ayudar a manejar o superar dicho trastorno.

Comparando los grupos experimentales con el grupo control después del entrenamiento, se demostraron de manera muy significativa los efectos positivos del aprendizaje estructurado. Los grupos que recibieron entrenamiento adquirieron un manejo adecuado de las habilidades de inicio, para manejar los sentimientos, alternativas a la agresión, y para encarar el estrés; mientras que los jóvenes del grupo control presentaron evidencia estadística suficiente para afirmar que seguían careciendo del desarrollo de esas mismas habilidades.

En el caso de la depresión, se encontró que los adolescentes entrenados no registraron niveles de depresión que representaran un trastorno significativo, en tanto que en el grupo control, se encontró la permanencia de los niveles moderado y severo del trastorno, corroborándose así la correlación de las variables.

Por otra parte, resulta importante considerar la generalización de los efectos del entrenamiento en las habilidades no entrenadas, que también forman parte de las categorías evaluadas, en las cuales los adolescentes presentaron la superación del déficit. Esta circunstancia se debe a los efectos de acarreo, producto del entrenamiento constante y sucesivo de las habilidades que poseen componentes conductuales comunes con las habilidades que no fueron incluidas en el paquete de entrenamiento.

3. Del estudio longitudinal.

Las evaluaciones de los grupos entrenados, realizadas tres meses después de haber concluido la aplicación del programa – tiempo en el que los adolescentes cursaban el tercer grado de secundaria- registraron la permanencia del aprendizaje de las habilidades entrenadas.

El entrenamiento administrado produjo un incremento considerable en los resultados de postest, que alcanzó casi los puntajes máximos de la escala de Ríos (1994) en las categorías de las habilidades evaluadas, correspondientes a los niveles de respuestas “frecuentemente” y “siempre”. En la evaluación de la depresión, como se esperaba, los adolescentes entrenados alcanzaron un notable descenso de los puntajes que indicaron el nivel de la normalidad, según el inventario de Kovacs (1977), lo cual pudiera interpretarse como el logro de un equilibrio emocional. No obstante, a pesar de los resultados obtenidos, las ventajas son difíciles de identificar en sí mismas, dada la complejidad del proceso de socialización de los adolescentes, en el que, como ya se indicó, habría que considerar la influencia del contexto, el tipo de habilidad, y la etapa del desarrollo de los individuos, entre otros factores, que intervienen en el fenómeno interactivo. En este sentido, se consideró importante corroborar a través del estudio longitudinal, con medidas de seguimiento, utilizando nuevamente los instrumentos indirectos de autoinforme, la consistencia y permanencia del aprendizaje, con la finalidad de proporcionar datos estadísticos adicionales que arrojaran mayor confiabilidad al programa de entrenamiento.

A propósito de las evaluaciones obtenidas a través de los auto-reportes, hay que considerar que se trata de un método indirecto, que, aún cuando revela una valiosa e importante percepción subjetiva del adolescente, se requiere del apoyo de métodos directos para un diagnóstico más preciso de la conducta del individuo, por lo que, conscientes de esta limitante que rebasa los objetivos del presente trabajo, es necesario interpretar con cautela los resultados obtenidos.

En el grupo experimental uno se presentó una ligera disminución de los puntajes totales en las categorías de las habilidades de inicio, alternativas a la agresión, y para encarar el estrés, pero en ningún sujeto se registró como déficit; hecho que puede deberse a efectos aleatorios, o a otros factores, puesto que la depresión se mantuvo en su nivel de normalidad. En las

habilidades para manejar los sentimientos se conservaron casi los mismos puntajes que en postest (sólo se incrementó un punto en la evaluación de seguimiento).

Con relación al grupo experimental dos, hubo una disminución en los puntajes totales de las habilidades de inicio, que bien puede atribuirse a la presencia del déficit de un integrante en este tipo de habilidades en el cual también se manifestó un nivel moderado de la depresión, en las categorías de las habilidades para manejar los sentimientos, alternativas a la agresión, y para encarar el estrés, por el contrario se registraron ligeros incrementos, que demostraron la consistencia del aprendizaje de las mismas.

Comparando a los grupos entrenados se encontró que no hubo diferencias significativas entre ambos, aun cuando se presentó una diferencia entre los puntajes totales de las cuatro categorías de las habilidades, y el total de las mismas, que se justifica por la pérdida de dos integrantes en el grupo dos. De cualquier manera, las diferencias inherentes registradas entre ambos grupos – no significativas estadísticamente – pueden deberse a efectos aleatorios en la evaluación, o bien a factores relacionados con el proceso del entrenamiento (condiciones físicas del ámbito, horario, falta de disposición de los profesores en turno para ceder su horario de clases, inasistencia de los entrenados, por citar algunos).

En términos generales, se puede decir que la muestra total de los adolescentes entrenados resultaron beneficiados con el programa y habían conservado el aprendizaje del manejo adecuado de las conductas prosociales, hasta la fecha de la evaluación de seguimiento.

En la depresión se mantuvo la ausencia de niveles depresivos significativos en los adolescentes de ambos grupos, exceptuando al joven del que ya se hizo referencia en el caso de las habilidades sociales.

En este sentido, es importante señalar la sensibilidad al cambio que presentaron los instrumentos de auto-reporte empleados, y destacar que son de fácil administración y sencillos de interpretar, lo que facilitó el análisis de la investigación.

En resumen, los resultados demostraron que el programa grupal de entrenamiento para el desarrollo de las habilidades sociales tuvo un efecto significativo de cambio positivo en los adolescentes de secundaria con trastornos depresivos, registrados también en la evaluación de seguimiento, que concuerda, además, con el cambio detectado a través de las mediciones cualitativas, sesión a sesión, de cada uno de los sujetos; y con los resultados del cuestionario cualitativo del postratamiento y del seguimiento.

Con relación al cuestionario cualitativo, las respuestas demuestran, en general, que el programa grupal produjo un cambio en el área emocional, en cuanto a la disminución de la depresión y de la ansiedad; e interacciones de mayor frecuencia y calidad.

4. Recomendaciones.

Tomando en cuenta la dificultad para controlar la naturaleza multidimensional de la depresión, y el grado de influencia que ejerce cada una de ellas sobre el individuo, y de ésta

sobre las habilidades sociales, se recomienda para futuras investigaciones analizar a profundidad esta interdependencia considerando separadamente algunos factores de índole social, tales como la desintegración familiar, los problemas escolares relacionados con el aprendizaje de los contenidos académicos, el abandono físico y emocional de los adultos responsables de los adolescentes, las dificultades para mejorar las condiciones de vida que afectan directamente a los jóvenes. Es probable que este análisis lleve a comprender mejor el panorama de funcionamiento general del adolescente de secundaria con problemas de depresión, y la relación de la misma con el manejo de las habilidades sociales, sin caer llanamente en el establecimiento de una causalidad entre estas dos variables.

Por otra parte, considerando los datos de otros estudios realizados en adolescentes mexicanos (Calderón, 1984; y Silva, 1986), y con base en los datos de los resultados obtenidos en el presente estudio, se puede decir que el trastorno depresivo en adolescentes de secundaria es actualmente uno de los problema psicológico que cobra importancia teórica, práctica, y clínica.

De los resultados de este trabajo puede decirse que, tal y como se ha observado en otros países, la depresión en adolescentes escolares es un problema de importancia epidemiológica. Por las consecuencias tan serias que puede tener dicho desorden, y por el hecho de que, en efecto, la adolescencia parece constituir una etapa de riesgo para el desarrollo de la depresión, este problema debiera recibir más atención, no sólo investigativa, sino a nivel preventivo y de intervención.

En un sentido práctico, se cree que no sólo los padres de familia, sino los maestros, orientadores de cualquier naturaleza, y en general los adultos responsables de los adolescentes, debieran tener acceso a información relacionada con los problemas psicológicos que aquejan frecuentemente a los jóvenes; y a la vez contar con guías prácticas para la detección e intervención activa del desorden depresivo, convirtiéndose así en agentes preventivos.

Tomando en cuenta la hipótesis de la asociación de la depresión con las habilidades sociales, las personas que tienen más contacto con los adolescentes, como es el caso de los profesores de enseñanza secundaria, podrían observar más de cerca las actitudes, procesos de pensamiento, estilos atribucionales y manejo de las conductas prosociales que muestran los adolescentes y que pueden aumentar las posibilidades de que desarrollen un cuadro depresivo.

Tanto la investigación de las variables implicadas en la génesis de la depresión, como de su tratamiento, debieran investigarse desarrollando modelos que consideren las variables prosociales pertinentes.

En cuanto al programa de entrenamiento, una de las limitaciones estadísticas de esta investigación tiene que ver con la carencia de un análisis de la dimensión contextual de las habilidades sociales y las repercusiones que éste puede tener en el desarrollo de la depresión; un estudio de tal magnitud rebasaba los objetivos planteados, por lo que se recomienda considerarlo para futuras investigaciones, dada la importancia que, de acuerdo con Hersen y Bellack (1980), se concede a este aspecto en la manifestación de una conducta hábil o inhábil, tal y como se expuso en el capítulo tres.

Por otra parte, el programa de entrenamiento se sugirió a partir del vínculo entre las habilidades sociales y la depresión, por lo que la tarea específica fue dotar de conductas prosociales a los jóvenes que así lo requerían para ayudarlos a enfrentar este trastorno; sin embargo, esta medida correctiva puede recomendarse también a un nivel preventivo, y para cualquiera de los problemas a los que puede estar expuesto el adolescente, proponiendo la implementación de un programa de entrenamiento permanente, que involucre la participación interprofesional del personal que tiene a su cargo la responsabilidad formativa del adolescente, a través de las siguientes condiciones:

- ❖ A nivel institucional, tal programa podría sugerirse como una alternativa técnico-pedagógica para el desarrollo práctico del educador en el manejo de su asignatura, dentro de los cursos permanentes y talleres que imparte periódicamente a los profesores de secundaria el Centro de Actualización para los Maestros (CAM).
- ❖ En el plan de trabajo del orientador y del trabajador social, el programa de entrenamiento podría partir de la necesidad de una atención permanente a la problemática del adolescente, como una recomendación de apoyo, administrado por los profesores en el salón de clases durante sus horarios establecidos, en el entendido de que son ellos los que tienen más posibilidades de ejercer una enseñanza constante de las conductas de interacción social adecuadas en el adolescente, dada la proximidad de la relación y los tiempos de convivencia con los mismos.
- ❖ Adicionalmente, valdría la pena que se realizaran actividades con padres de familia, y con los adolescentes directamente con programas de entrenamiento en habilidades sociales, como alternativas de ayuda para evitar el desarrollo de la depresión y/o diversos problemas psicosociales.

A propósito del Aprendizaje Estructurado, las recomendaciones arriba expuestas, se basan en las bondades que en su manejo demostró este programa como técnica conductual, ya que resultó de fácil aplicación, de bajo costo económico y temporal, y en condiciones ambientales elementales que no exigieron instalaciones ni mobiliarios especiales, por lo que resulta conveniente como recurso activo permanente, factible de desprofesionalización en lugares no convencionales, como es el caso de las instalaciones de las escuelas secundarias.

En el área de la investigación, se recomienda incursionar en la búsqueda de una posible asociación de las habilidades sociales con otros trastornos conductuales que pudieran estar involucrados con la inhibición de un manejo adecuado de las mismas, y que sugieran la necesidad de la aplicación de un programa de entrenamiento correctivo.

Se contempla también la necesidad de hacer mediciones de seguimiento que amplíen el margen de análisis por periodos de tiempos más prolongados a fin de que involucren, en mayor medida, el proceso del desarrollo de los adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

- **ACHENBACH, T., y Edelbrock, C. (1993).** Diagnóstico, taxonomía y evaluación. En, Ollendick, T., y Hersen. *Manual de psicopatología infantil*. Editorial, Martinez Roca. Barcelona.
- **ALBERTI, R. (1978).** Issues in Assertive Behavior Training. En Alberti, R. *Assertiveness: Innovations, Applications, Issues*. San Luis Obispo California, Impact.
- **ALBERTI, R., y Emmons, M. (1978).** Your perfect right. San Luis Obispo, California, Impact.
- **ALLEN-MEARES, P. (1991).** Educating adolescents on the dangers of premature child bearing and drug use: A focus on Prevention. En, *Child and Adolescent Social Work*, vol 8.
- **ALONSO-FERNÁNDEZ, F. (1989).** Psicología Médica y Social. Salvat Editores. Barcelona.
- **ARIETI, S., y Bemporad, J. (1993).** Psicoterapia de la Depresión. Editorial Paidós. México.
- **ARISTÓTELES. (1980).** Obras filosóficas: La retórica. W. M. Jackson, INC. México.
- **ARGYLE, M. (1981).** The nature of Social Skill. Londres, Methuen.
- **ARGYLE, M., y Kendon, A. (1977).** The Experimental Analysis of Social Performance. En L. Berkowitz (comp.) *Advances in experimental social psychology*. Vol III, Nueva York. Academic Press.
- **ARKOWITZ, H. (1981).** Assessment of Social Skill. En M. Hersen y A. S. Bellack (comps) *Behavioral assessment: A practical handbook*. Nueva York, Pergamon Press.
- **BAKWIN, A., y Bakwin, R. (1989).** Desarrollo psicológico del Niño, Normal y Patológico. Editorial, interamericana. México.
- **BANDURA, A. (1969).** Principles of behavior modification. New York, Holt Rinehart and Winston.
- **BANDURA, A. (1976).** Reinforcement: Theoretical and Methodological considerations, Behaviorism. Prentice: Hall.
- **BANDURA, A. (1978).** On paradigms and recycle ideologies cognitive therapy and research.
- **BANDURA, A. (1982).** Teoría del Aprendizaje Social. Editorial, Espasa Calpe. Madrid.

- **BANDURA, A., y Walters, R. (1964).** Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Alianza editorial. Madrid.
- **BECK, A. (1967).** Depression: Causas and Treatment. Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- **BECK, A. (1974).** Cognitive Therapy and the emotional disorders. Nueva York. International Universities Press.
- **BECK, A., Rush, J., Shaw, B., y Emery, C. (1983).** Terapia Cognitiva de la Depresión. Editorial, desclee de Brouwer. Bilbao
- **BEKER, E. (1973).** Depression: Theory and research. New York, Wiley.
- **BELLAK, A. (1989).** Behavioral assessment of Social Skills. En A. S. Bellak y M. Hersen (comps) *Research and practice in Social Skills Training*. New York. Plenum Press.
- **BELLAK, A., y Hersen, M. (1993).** Manual práctico de evaluación Conductual. Editorial Desclee de Brouwer. Bilbao.
- **BELLACK, A., y Morrison R. (1982).** Interpersonal dysfunction. En A. S. Bellak, M. Hersen, y A. E. Kazdin (comps.) *International Handbook of behavior modification and therapy*. Nueva York. Plenum, Press.
- **BELLACK, A., Hersen, M., y Turner, S. (1984).** An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients. *Hospital and Community Psychology*, 35.
- **BLÁNQUEZ, A.** Diccionario Manual Latino-Español y Español-Latino. Editorial, Sopena. Barcelona.
- **BOICE, R. (1982).** An Ethological perspective on Social Skill Research. En *Ethological perspectives on human behavior*. New york. Academic Press.
- **CABALLO, V. (1987).** Los Componentes Conductuales de la Conducta Asertiva. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 47.
- **CABALLO, V. (1991).** Entrenamiento en Habilidades Sociales. En V. Caballo. *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Editorial, Siglo XXI. Madrid.
- **CABALLO, V. (1993).** Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales. Editorial, Siglo XXI. México.
- **CABALLO, V., y Carrobles, J. (1988).** Comparación de la efectividad de diferentes programas de Entrenamiento en Habilidades Sociales. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*. 6.

- **CALDERON, G. (1990).** Depresión. Causas, Manifestaciones y tratamiento. Editorial, trillas. México.
- **CHRISTOPHER, J., Nangle, D., Hansen, D. (1993).** Social Skills Interventions with adolescents. Behavior Modification. Vol. 17 No. 3 (3124-318).
- **CONGER, J. (1981).** Social Skills Intervention in the Treatment of Isolated or Withdrawn Children. Psychology Bolletin.
- **CONGER, J. y Conger, A. (1982).** Components of Heterosocial Competence. En P. Currant y P. Mont (comps.) *Social Skills Training. A Practical Handbook for assessment and Treatment.* Nueva York, Guilford Press.
- **COSTA, M. Y López, E. (1991).** Manual para el educador social. Habilidades de comunicación en la relación de ayuda (vol 1) y Afrontando situaciones (vol 2). Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.
- **COYN, J. (1976).** Depression and the response of others. Journal Abnormal Psychology 85.
- **CURRAN, J. (1985).** Social Skills Therapy: A model and a Treatment. En R. M. Turner and L. M. Ascher (comps.) *Evaluating Behavior Therapy out come.* Nueva York, Springer.
- **CURRAN, J. y Monti, P. (1982).** Social Skill Training. A practical handbook for assessment and treatment. Nueva York. The Guilford Press.
- **DAVISON, C., Neale, M. (1983).** Psicología de la Conducta Anormal. Editorial, Limusa. México.
- **DEN BOER, J, y Ad Sitsen, J. (1994).** Handbook of Depression and Anxiety. A Biological Approach. Marcel de Dekker. Nueva York.
- **EASSON, W. (1987).** Depression in Adolescence. En S. C. Feinstein y P. Guivacchini (comps.) *Adolescent Psychiatry.* Vol 5, Nueva York. Ed. Aronson.
- **ERIKSON, E. (1968).** Identidad, Juventud y Crisis. Editorial Paidós. México.
- **FESTER, C. B. (1965).** Clasification of Behavioral Pathology. En, L. Krasner, y L. P. Ullman (comps.). *Research in Behavior Modification.* Nueva York, Holt, Rinehart and Winston.
- **FREDEN, L. (1986).** Aspectos Psicosociales de la Depresión. Editorial FCE. México.
- **FREUD, S. (1991).** Tres ensayos sobre la teoría de sexualidad. Vol. 7 (1905-1910). En, *Obras Completas de S.F.* Editorial Amorrortu. México.
- **FREUD, S. (1991).** El yo y el Ello. Vol.10 (1917-1920). En, *Obras Completas de S.F.* Editorial Amorrortu. México.

- **FREUD, A. (1977).** Psicoanálisis del niño y del adolescente. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- **GESELL, A. (1956).** El Adolescente de 10 a 16 años. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- **GIL, F. R. y García, S. M. (1995).** Entrenamiento en Habilidades Sociales. En, F. Labrador, J. M. Muñoz (comps.) *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. Editorial Pirámide. Madrid.
- **GIL, F., Jarana, L. (1992).** Habilidades Sociales y Salud. Editorial Endema. Madrid.
- **GOLDSTEIN, A. P. (1981).** Psychological Skills Training. Nueva York. Pergamon, Press.
- **GOLDSTEIN, A. P., Sprafkin, R., Gershaw, J., y Klein, P. (1980).** Skill Training for Community Living. Nueva York. Pergamon, Press.
- **HARRE, R. (1977).** The Ethogenic Approach: Theory and Practice. En, L. Berkowitz *Advances Experimental Social Psychology*. Vol X. Nueva York. Academic, Press.
- **HARRE, R., y Secord, P. F. (1972).** The Explanation of Social Behavior. Oxford. Blackwell.
- **HERSEN, M., y Bellack, A. (1977).** Behavioral Assessment. A Practical Handbook. Nueva York. Pergamon, Press.
- **HERSEN, M., y Bellack, A. (1980).** Assessment of Social Skills. En A. R. Ciminero, A. S. Calhoun, y H. E. Adams (comps.) *Handbook for Behavioral Assessment*. Nueva York, Wiley.
- **HERSEN, M., y Bellack, A. (1984).** Effects of Social Skills Training, amitriptiline, and Psychotherapy. En, *Unipolar Depressed Women*. Behavior Therapy.
- **HOLLIN, C. R., y Trower, R. P. (1986).** Handbook of Social Skills Training. Oxford, Pergamon, Press. 2 vols.
- **HORROCKS, J. (1993).** Psicología de la Adolescencia. Editorial Trillas. México.
- **HURLOCK, E. (1986).** Psicología de la Adolescencia. Editorial Paidós. México.
- **JACOBSON, N. J. (1982).** Communication Skills Training for Married Couples. En, J. P. Curran, y P. M. Monti (comps.). *Social Skills Training. A Practical Handbook for Assessment and treatment*. Nueva York. The Guilford, Press.
- **KANFER, F., Phillips, J. (1980).** Principios de Aprendizaje en la Terapia del Comportamiento. Editorial Trillas, México.

- **KELLY, J. (1992).** Entrenamiento de Habilidades Sociales. Editorial Desclee, de Brower. Bilbao.
- **KOVACS, M. (1977).** Children's Depression Inventory (CDI), traducción al español. University of Pittsburg.
- **LANDIS, P. (1952).** Adolescence and Youth: The Process of Maturing. Nueva York. Mc Graw-Hill.
- **LAZARUS, A. (1968).** Learning Theory and the Treatment of Depression. Behavior Research and Therapy, 6.
- **LAZARUS, A. (1971).** Behavior Therapy and beyond. Nueva York, McGraw-Hill.
- **LAZARUS, A. (1973).** On Assertive Behavior: A brief note. Behavior Therapy, 4.
- **LEFEVRE, E., y West, M. (1980).** Assertiveness: Correlations with self-esteem Locus of Control, Interpersonal Anxiety, Fear of Desapproval, and Depression. The Psychiatric Journal of the University of Ottawa, 6.
- **LEVITT, E., y Lubin, B. (1975).** Depression: Concepts, Controversies, and some new facts. Nueva York, Springer.
- **LEWIN, K. (1939).** Field Theory and Experiment in Social Psychology: Concepts and Methods. American Journal of Sociology, 44.
- **LEWINSOHN, P. (1974).** The Behavioral Study and Treatment of Depression. En, M. Hersen, R. M. Eisler, y P. M. Miller.(dirs.) *Progress in Behavior Modification*, vol.1 Nueva York. Academic, Press.
- **LEWINSOHN, P. (1975).** The Behavioral Study and Treatment of Depression. En, M. Hersen, R. M. Eisler, y P. M. Miller.(comps.) *Progress in Behavior Modification*. Vol. 1. Nueva York. Academic, Press.
- **LEWINSOHN, P., y Shaffer, M. (1971).** Use of Home Observations as an Integral Part of the Treatment of Depression: Preliminary Report and Case Studies. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 37.
- **LEWINSOHN, P., Weinstein, M., Shaw, D.(1981)** Depression Related Cognition: Antecedent or Consequence?. Journal of Abnormal Psychology.
- **LIBERMAN, R. P., y Mueser, F. T. (1989).** Social Skills Training for Psychiatric Patients. Nueva York. Pergamon, Press.
- **LIBERMAN, R. P., King, L. W., DeRisi, W. J., y Mc Cann, M. (1975).** Personal Effectiveness. Champaign, Il. Research, Press.

- **LIBET, J., y Lewinsohn, P. (1973).** The Concept of Social Skill with Special Reference to the Behavior of Depressed Persons. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 40.
- **LINEHAN, M. (1988).** Interpersonal Effectiveness in Assertive Situations. En, E. A. Bleechman (comp.). *Behavior Modification with Women*. Guilford, Press.
- **Mc FALL, R. (1982).** A Review and Reformulation of the concept of Social Skills. *Behavioral assessment*, 4. Pergamon Press. USA.
- **MEAD, M. (1985).** Adolescencia, Sexo, y Cultura en Samoa. Editorial Origen Planeta. México.
- **MEICHENBAUM, D., Butler, L., Gruson, L. (1981).** Toward a Conceptual Model of Social Competence. En, J. Wine, y M. Smye (comps.) *Social Competence*. Nueva York, Guilford.
- **MICHELSON, L., Sugar, D., Wood, R., y Kazdin, A. (1987).** L Habilidades Sociales en la Infancia: Evaluación y Tratamiento. Editorial Martínez de la Roca. Barcelona.
- **MISCHEL, W. (1973).** Toward a Cognitive Social Learning Reconceptualización of Personality. *Psychological Review*, 80.
- **MUUSS, R. (1988).** Teorías de la Adolescencia. Editorial Paidós. México.
- **MUSSEN, P. H. (1990).** Desarrollo de la Personalidad en el Niño. Editorial Trillas, México.
- **NISSEN, G. (1987).** Depresiones en la Infancia y Adolescencia. Triángulo, 21.
- **PAPALIA, D., y Wendkos, S. (1997).** Desarrollo Humano. Editorial Mc Graw Hill. México.
- **PAPALIA, D., y Wendkos, S. (1997).** Psicología. Editorial Mac Graw Hill. México.
- **PETTI, T. (1993).** Depresión. En, T. H. Ollendick, y M. Hersen. *Manual de Psicopatología infantil*. Editorial Martínez de la Roca, Barcelona.
- **PHILLIPS, E. L. (1978).** The Social Skills basis of Psychopathology. Grune and Straton. Nueva York.
- **PIAGET, J. (1950).** Seis Estudios de Psicología. Editorial Sex Barral, Barcelona.
- **PIAGET, J. (1967).** La Psicología de la Adolescencia. Editorial Morata, Madrid.
- **PIAGET, J. (1972).** Desarrollo Humano (Evolución Intelectual de la Adolescencia a la Edad Adulta). Editorial Morata, Madrid.
- **PLATON (1970).** Diálogos. Editorial Porrúa, colección "Sepan cuantos..." México.

- **PICHOT, P. (1996).** DSM-IV Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial Masson, S. A. México.
- **POLAINO-LORENTE, A. (1988).** Las Depresiones Infantiles. Ediciones Morata, S. A. Madrid.
- **POWELL, M. (1986).** La Psicología de la Adolescencia. Editorial F. C. E. México.
- **RICH, A. R., y Schroeder, H. E. (1976).** Research Issues in Assertiveness Training. *Psychological Bulletin*, 83.
- **RIMM, D. C. (1974).** Assertive Training and the Expression of Anger. En, R. E. Alberti (comp.) *Assertiveness: Innovations, Applications, Issues*. Impact. San Luis Obispo, California.
- **RÍOS, Ma. R. (1994)** Construcción, Confiabilidad, y Validación de un Instrumento para evaluar Habilidades Sociales en los Adolescentes. Tesis de maestría. UNAM campus Iztacala.
- **ROTH, E. (1986).** Competencia Social. El Cambio del Comportamiento Individual en la Comunidad. Editorial Trillas. México.
- **ROUSSEAU, J. J. (1980).** Emilio o de la Educación. Editorial Porrúa, colección "Sepan cuantos...". México.
- **SABANÉS, F. (1993).** La Depresión. Editorial Diana. México
- **SALTER, A. (1949).** Conditioned Reflex Therapy. Creative Age Press. Nueva York.
- **SANCHEZ, V., y Lewinsohn, P. M. (1980).** Assertive Behavior and Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43.
- **SCHROEDER, H. E., y Rakos, R. F. (1983).** The Identification and Assessment of Social Skills. En, R. Ellis, y D. Whittington (comps.) *New Directions in Social Skills Training*. Londres, Croom Helm.
- **SELIGMAN, M. (1975).** Helplessness on Depression, Development, and Death. Ed. W. H. Freeman and Company. Nueva York.
- **SELIGMAN, M., y Peterson, C. (1986).** Atribitional Style and Depressive Symptoms among Children. *Journal Abnormal Psychology*.
- **SHEA, T. M. (1987)** Problemas de Conducta en el Niño y el Adolescente. Editorial Panamericana. México.
- **SHERIF, M., y Sberif, C. (1986).** Problemas de la Juventud. Editorial Trillas, México.

- **SILVA, A. (1989).** Un Estudio Epidemiológico Comparativo de los Problemas Psicológicos en una Población de Adolescentes. Tesis de maestría. UNAM campus Iztacala.
- **THORPE, G., y Olson, S. (1990).** Behavior Disorders of Childhood, chapter 13, in: Allyn and Bacon. *Therapy Concepts, Procedures, and Applications*. USA.
- **TROWER, P. (1982).** Toward a Generative Model Social Skills: A critique and Synthesis. En, J. P. Curran, y P. M. Monti (comps.). *Social Skills Training. A Practical Handbook for Assessment and Treatment*. Nueva York, the Guilford Press.
- **WOLPE, J. (1993).** Práctica de la terapia de Conducta. (En, *Psychotherapy by reciprocal inhibition, 1958.*) Editorial Trillas, México.
- **WOLPE, J. (1977).** Práctica de la terapia de la Conducta. Editorial Trillas. México.
- **ZIGLER, E., y Phillips, L. (1960-1961).** Social Effectiveness and Symptomatic Behaviors. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 61, 63.

APÉNDICE A

**Escala de Habilidades Sociales para Adolescentes (EHSA) de Ríos
(1994).**

Hoja de respuestas.

**Relación de los puntajes totales de habilidades sociales y depresión de
la muestra de estudio.**

INVENTARIO DE HABILIDADES SOCIALES PARA ADOLESCENTES

Existen varias habilidades que la gente necesita realizar casi a diario para relacionarse con otras personas sintiéndose bien consigo misma. Nos gustaría conocer en cuáles habilidades sientes que eres exitoso y en cuáles sientes que no lo eres.

Intenta valorar cada una de tus habilidades lo más objetivamente posible, procurando no dejar de contestar a ninguna de las que aquí se describen, si no entiendes alguna palabra o no estas seguro de lo que la habilidad significa, por favor pregunta a la persona que te haya dado este inventario. No hay respuestas correctas o incorrectas, sólo estamos interesados en conocer tus sentimientos acerca de tus habilidades. Gracias por tu cooperación.

Después de cada habilidad encontrarás dos preguntas (incisos a y b) que tratan de explorar ante que persona o personas presentas o no la habilidad (inciso a) y en que contexto ocurre, familiar, escolar, laboral, etc., (inciso b). Contesta por favor en el espacio destinado a cada uno de ellos.

A continuación encontrarás una lista de habilidades. Lee cuidadosamente cada una de ellas, marca con una (X) el número que mejor describa qué tan exitosamente en estas habilidades cada una de las habilidades que se te muestran, contesta en la hoja de respuestas evitando hacerlo en esta escala. Marca tus respuestas de acuerdo al siguiente código:

Pon el número 1 si NUNCA eres bueno en ella.

Pon el número 2 si RARAS VECES eres bueno en ella.

Pon el número 3 si ALGUNAS VECES eres bueno en ella.

Pon el número 4 si FRECUENTEMENTE eres bueno en ella.

Pon el número 5 si SIEMPRE eres bueno en ella.

1. ¿Pones atención cuando alguien te está hablando haces un esfuerzo por entender lo que se te esté diciendo?
 - A) ¿Ante quién o con quién lo haces?
 - B) ¿Dónde lo haces?
2. ¿Haces una conversación hablando a otras personas desconocidas o conocidas sintiéndote incómodo o ansioso?
 - A) ¿Ante quién o con quién lo haces?
 - B) ¿Dónde lo haces?
3. ¿Hablas a otros acerca de temas variados de tal manera que los mantienes interesados?
 - A) ¿Ante quién o con quién lo haces?
 - B) ¿Dónde lo haces?
4. ¿Cuando necesitas obtener información sobre algún aspecto particular sabes qué preguntar y te diriges a la persona indicada?
 - A) ¿Ante quién o con quién lo haces?
 - B) ¿Dónde lo haces?
5. ¿Agradeces a otros cuando te hacen favores?
 - A) ¿Ante quién o con quién lo haces?
 - B) ¿Dónde lo haces?

6. ¿Cuando llegas a una reunión donde te encuentras con personas que no conoces te presentas a ellas por iniciativa propia para familiarizarte con ellas?
A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
7. ¿Cuando llegas acompañado de amigos a un lugar donde hay personas que sólo a ti te conocen, se los presentas?
A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
8. ¿Dices a otros que te gustan algunas cosas de lo que hacen reconociéndoles sus cualidades?
A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
9. ¿Pides ayuda cuando sientes que estás en dificultades o problemas?
A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
10. ¿En trabajos de equipo decides la mejor forma de tomar parte en una actividad de grupo?
A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
11. ¿Explicas con claridad a otros cómo hacer una tarea específica de tal forma que logres hacerte entender?
A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
12. ¿Pones atención a las instrucciones que te dan otras personas, y las llevas a cabo adecuadamente?
A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
13. ¿Pides disculpas a otros después de que te das cuenta de que lo has ofendido?
A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
14. ¿Cuando consideras que tu tienes la razón intentas convencer a otros de que tus ideas son las mejores?
A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
15. ¿Identificas tus sentimientos y conoces tus emociones en un determinado momento?
A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
16. ¿Permites que otras personas conozcan tus emociones y sentimientos concediéndoles saber?
A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
17. ¿Tratas de entender las emociones de otras personas respetando lo que están sintiendo?
A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?

18. ¿Expresas a otras personas tus sentimientos hacia ellos?
- A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
19. ¿Cuando estás atemorizado tratas de controlar tu miedo?
- A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
20. ¿Dices cosas amables para ti mismo cuando consideras que mereces ser alagado?
- A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
21. ¿Cuando necesitas pedir algún permiso logras obtenerlo?
- A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
22. ¿Cuando requieres de un permiso lo pides directamente a la persona indicada?
- A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
23. ¿Ofreces participar con otros cuando sabes que pueden apreciarlo?
- A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
24. ¿Ayudas a otros cuando te lo piden?
- A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
25. Cuando otros tienen una posición contraria a la tuya, ¿Negocias con ellos para intentar llegar a un acuerdo que satisfaga a ambos?
- A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
26. ¿Controlas tu carácter si consideras que las cosas no pueden ser de otra manera?
- A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
27. ¿Te defiendes haciendo conocer a otras personas cuáles son tus derechos?
- A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
28. ¿Cuando otros se burlan de ti puedes mantener el control de ti mismo?
- A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
29. ¿Evitas involucrarte en situaciones que puedan ocasionarte algún problema?
- A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
30. ¿Te mantienes fuera de peleas?
- A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?

31. ¿Dices a otras personas cuando son responsables de causarte un problema particular?
- A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
32. ¿Tratas de llegar a una solución favorable cuando alguien se queja de ti justificadamente?
- A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
33. ¿En una situación de juego deportivo, expresas una opinión favorable haciendo cumplidos honestos acerca de cómo jugaron?
- A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
34. ¿En situaciones donde te sientes avergonzado piensas o haces cosas que te ayuden a reducir tu vergüenza?
- A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
35. ¿Si en una actividad particular donde deseabas participar no te toca ser elegido haces o piensas cosas para sentirte bien ante dicha situación?
- A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
36. ¿Haces saber a otros cuando uno de tus amigos no ha sido tratado justamente (lo defiendes) ?
- A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
37. ¿Cuando tratan de convencerte de algo, analizas cuidadosamente la situación explorando lo que tu verdaderamente deseas antes de decidir qué hacer?
- A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
38. ¿Cuando te encuentras en una situación particular de fracaso razones acerca de lo que puedes hacer para ser más exitoso en el futuro?
- A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
39. ¿Cuando alguien te dice algo que no es muy claro, dices o haces cosas que indican lo que te quieren decir para comprobar que les haz entendido?
- A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
40. ¿Cuando te das cuenta de que has sido acusado por alguien decides la mejor manera de actuar ante la persona que hizo la acusación?
- A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
41. ¿Expresas tu punto de vista ante una conversación interesante?
- A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?

42. ¿Cuando sientes la presión de otros para hacer alguna cosa, decides lo que tu deseas hacer?
A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
43. ¿Actuas con entusiasmo cuando inicias una actividad interesante?
A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
44. ¿Te das cuenta cuando un problema fue generado por alguna causa que estuvo fuera de tu control?
A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
45. ¿Decides realistamente lo que puedes hacer antes de iniciar una tarea?
A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
46. ¿Conoces realistamente tus capacidades para llevar a cabo una tarea particular?
A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
47. ¿Cuando necesitas saber algo, sabes cómo y dónde obtener la información?
A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
48. ¿Ante una serie de tareas decides realistamente cuál de ellas es más importante para resolverla en primer lugar?
A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
49. ¿Antes de tomar una decisión consideras las diferentes posibilidades en terminos de ventajas y desventajas, para elegir la que consideras que será la mejor?
A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?
50. ¿Al desempeñar alguna actividad previamente haces una planeación que te ayude a lograr la misma?
A) ¿Ante quién o con quién lo haces? B) ¿Dónde lo haces?

NOTA : agrega los comentarios que te parezcan importantes."

HOJA DE RESPUESTAS DE LA ESCALA DE H. S. ADOL.

INSTRUCCIONES: De las alternativas que se te dan, escoge la que más se acerque a tu manera de actuar en cada situación, marcando con una X el número que corresponda.

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Grupo: _____ N° L _____
Trabaja y estudia: (si) (no) Solo trabaja: (si) (no) Solo estudia: (si) (no)

1. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
2. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
3. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
4. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
5. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
6. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
7. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
8. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
9. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
10. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
11. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
12. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
13. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
14. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
15. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
16. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
17. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
18. (1) (2) (3) (3) (4) A) _____ B) _____
19. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
20. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
21. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
22. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
23. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
24. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
25. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
26. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
27. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
28. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____

29. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
30. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
31. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
32. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
33. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
34. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
35. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
36. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
37. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
38. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
39. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
40. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
41. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
42. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
43. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
44. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
45. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
46. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
47. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
48. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
49. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____
50. (1) (2) (3) (4) (5) A) _____ B) _____

A-II

Relación de los puntajes de las habilidades sociales (por categorías), y la depresión en pretest.

Ss. N = 50	HABINI	HABAVA	HABSEN	HABAGR	HABEST	HABPLA	HABTOT	DEPRE
1	22	25	17	28	28	26	146	62
2	21	21	15	28	30	27	142	61
3	23	19	14	24	28	35	143	64
4	26	15	19	29	35	23	147	53
5	21	18	15	22	27	20	123	62
6	23	26	18	30	34	33	164	48
7	22	20	13	36	28	19	138	61
8	19	13	16	25	32	20	125	60
9	17	18	14	29	26	37	144	58
10	24	26	18	30	30	26	154	50
11	20	29	13	28	29	38	157	53
12	21	17	17	24	24	24	127	56
13	30	20	21	35	45	32	183	32
14	25	16	20	24	25	32	142	37
15	33	23	25	35	47	31	194	36
16	35	28	23	35	47	37	205	35
17	31	27	21	39	49	36	203	37
18	30	20	20	40	46	34	190	34
19	32	21	25	48	56	39	221	32
20	40	28	28	44	58	39	237	57
21	33	26	15	33	39	35	181	33
22	30	30	26	44	53	30	207	37
23	28	25	22	41	47	32	192	37
24	25	22	26	30	41	24	168	37
25	26	23	26	43	50	39	207	32
26	20	16	15	27	29	24	131	63
27	19	15	17	25	32	27	135	60
28	24	24	18	31	34	31	162	50
29	25	17	16	30	31	29	148	55
30	24	18	17	28	30	22	139	59
31	23	24	19	31	35	35	167	46
32	18	18	14	24	34	31	139	63
33	20	22	19	27	33	33	154	50
34	22	22	19	31	31	23	148	49
35	23	21	15	32	28	35	154	51
36	20	15	14	27	25	17	118	59
37	18	17	16	26	27	24	128	60
38	30	21	20	35	39	28	173	39
39	24	21	18	29	37	23	152	43
40	33	20	21	33	48	35	157	56
41	29	26	27	43	39	31	195	33
42	22	18	17	37	36	22	152	36
43	26	23	26	38	49	34	196	27
44	31	25	26	42	51	34	209	30
45	29	28	25	41	51	38	212	30

Continuación...

46	31	22	20	39	48	27	187	28
47	29	19	22	34	45	34	183	31
48	36	25	22	32	51	31	197	31
49	19	11	14	21	32	10	107	44
50	22	17	20	38	38	27	162	35

APÉNDICE B

**Inventario de Depresión para Niños (CDI) de Kovacs (1977).
Hoja de respuestas.**

INVENTARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS (KOVACS)

En el siguiente cuestionario te presentamos una lista de preguntas con tres posibles respuestas cada una, de las cuales deberás señalar la que mejor describa tu situación, anotándolas en la hoja de respuestas.

1.-

- A) Estoy triste de vez en cuando.
- B) Estoy triste muchas veces
- C) Estoy triste siempre

2.-

- A) Nunca me saldrá nada bien
- B) No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien
- C) Las cosas me saldrán bien

3.-

- A) Hago bien la mayoría de las cosas
- B) hago mal muchas cosas
- C) Todo lo hago mal

4.-

- A) Me divierten muchas cosa
- B) Me divierten algunas cosas
- C) Nada me divierte

5.-

- A) Soy malo siempre
- B) Soy malo muchas veces
- C) Soy malo algunas veces

6.-

- A) A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas
- B) Me preocupa que me ocurran cosas malas
- C) Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles

7.-

- A) Me odio
- B) No me gusta como soy
- C) Me gusta como soy

8.-

- A) Todas las cosas malas son culpa mia
- B) Muchas cosas malas son culpa mia
- C) Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas

9.-

- A) No pienso en matarme
- B) Pienso en matarme pero no lo haria
- C) Quiero matarme

10.-

- A) Tengo ganas de llorar todos días
- B) Tengo ganas de llorar muchos días
- C) Tengo ganas de llorar de vez en cuando

11.-

- A) Las cosas me preocupan siempre
- B) las cosas me preocupan muchas veces
- C) las cosas me preocupan de cuando en cuando

12.-

- A) Me gusta estar con la gente
- B) Muy a menudo no me gusta estar con la gente
- C) No quiero en absoluto estar con la gente

13.-

- A) No puedo decidirme
- B) Me cuesta decidirme
- C) Me decido fácilmente

14.-

- A) Tengo buen aspecto
- B) Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan
- C) Soy feo/a

15.-

- A) Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
- B) Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes
- C) No me cuesta ponerme a hacer los deberes

16.-

- A) Todas las noches me cuesta dormirme
- B) Muchas noches me cuesta dormirme
- C) Duermo muy bien

17.-

- A) Estoy cansado de cuando en cuando
- B) Estoy cansado muchos días
- C) Estoy cansado siempre

18.-

- A) La mayoría de los días no tengo ganas de comer
- B) Muchos días no tengo ganas de comer
- C) Como muy bien

19.-

- A) No me preocupa el dolor ni la enfermedad
- B) Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad
- C) Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad

20.-

- A) Nunca me siento solo
- B) Me siento solo muchas veces
- C) Me siento solo siempre

21.-

- A) Nunca me divierto en el colegio
- B) Me divierto en el colegio solo de vez en cuando
- C) Me divierto en el colegio muchas veces

22.-

- A) Tengo muchos amigos
- B) Tengo algunos amigos pero me gustaría tener mas
- C) No tengo amigos

23.-

- A) Mi trabajo en el colegio es bueno
- B) Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes
- C) Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien

24.-

- A) Nunca podré ser tan bueno como otros niños
- B) Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños
- C) Soy tan bueno como otros niños

25.-

- A) Nadie me quiere
- B) No estoy seguro de que alguien me quiera
- C) Estoy seguro de que alguien me quiere

26.-

- A) Generalmente hago lo que me dicen
- B) Muchas veces no hago lo que me dicen
- C) Nunca hago lo que me dicen

27.-

- A) Me llevo bien con la gente
- B) Me peleo muchas veces
- C) Me peleo siempre

INVENTARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS (CDI)
Maria Kovacs

HOJA DE RESPUESTAS

NOMBRE: _____ SEXO: (M) (F) EDAD: _____

GRUPO: _____ OCUPACION: _____

1. A B C
O O O

2. A B C
O O O

3. A B C
O O O

4. A B C
O O O

5. A B C
O O O

6. A B C
O O O

7. A B C
O O O

8. A B C
O O O

9. A B C
O O O

10. A B C
O O O

11. A B C
O O O

12. A B C
O O O

13. A B C
O O O

14. A B C
O O O

15. A B C
O O O

16. A B C
O O O

17. A B C
O O O

18. A B C
O O O

19. A B C
O O O

20. A B C
O O O

21. A B C
O O O

22. A B C
O O O

23. A B C
O O O

24. A B C
O O O

25. A B C
O O O

26. A B C
O O O

27. A B C
O O O

APÉNDICE C

**Componentes verbales y no verbales de las habilidades sociales.
Carta descriptiva del programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales.**

**Ejemplos de consignas empleadas en el entrenamiento en Habilidades
Sociales.**

C-I

DESCRIPCIÓN DE LOS COMPONENTES VERBALES Y NO VERBALES DE LAS HABILIDADES SOCIALES ENTRENADAS, SU DEFINICIÓN Y EL VALOR PORCENTUAL ASIGNADO A CADA UNO DE ELLOS.

HABILIDAD	COMPONENTES VERBALES	COMPONENTES NO VERBALES	DEFINICIÓN	VALOR
ESCUCHAR				
	Retroalimentación		El sujeto presentará gestos aprobatorios o reprobatorios, admirativos, expresiones guturales como "Ah", "ajá", "oh", sonrisas, completar frases inconclusas al que habla	25%
	Resumen y/o pregunta		Expresar brevemente las ideas expuestas por el hablante y/o preguntar	25%
		No interrumpir	El sujeto esperará a que la otra persona termine de hablar. No hablará hasta que el otro sujeto termine de expresar su mensaje.	18%
		Contacto visual	El sujeto deberá mirar a la cara de la persona que habla por lo menos el 60% del tiempo que dure la interacción.	16%
		Proximidad física	La proximidad física estará determinada por una distancia no mayor de 150 cm.	16%
INICIAR Y MANTENER UNA CONVERSACIÓN				
	Pregunta abierta		La persona usará interrogaciones que inicien con ¿Qué?, ¿Cómo?, ¿Dónde?, ¿Cuándo?, y ¿Por qué?	20%

	Autorevelación asertiva		Emisión verbal que expresa deseos, sentimientos, y experiencias propias iniciadas con los pronombres "Yo", "Me", "A mí".	20%
	Retroalimentación			10%
		Contacto visual	I. h. a.	20%
		Tono de voz	Claramente audible a una distancia de dos metros	20%
		Proximidad física	i. h. a.	10%
AUTOVALORACIÓN				
		Discriminación de la situación	La persona identificará la situación o situaciones donde se ha desempeñado	33.3%
		Valoración de la ejecución	La persona analizará y valorará aspectos de su ejecución	33.3%
		Autoreforzamiento	La persona se autoadministra estímulos positivos relacionados con su ejecución	33.3%
ENTENDER LOS SENTIMIENTOS DE OTROS				
	Autorevelación asertiva		i. h. a.	50%
		Escuchar sin interrumpir	El componente requiere el manejo de pausas y silencios. Se define por la ausencia de toda forma de verbalización durante el periodo en el que el interlocutor hace uso de la palabra, para después mostrarse solidario o tranquilizador.	12.5%
		Contacto visual	i. h. a.	12.5%
		Tono de voz	i. h. a.	12.5%
		Proximidad física	i. h. a.	12.5%

HACER RESPETAR SUS DERECHOS				
	Argumentos mediante los cuales se podrían violar los derechos		La persona enumerará cuáles son los elementos o intenciones mediante los cuales se pretenden violar sus derechos.	16.6%
	Rechazo de la situación en voz alta de manera asertiva		La persona planteará el rechazo de manera asertiva y franca. Esto es, directamente, sin pretextos, con utilización de primera persona.	16.6%
	Resistencia a la persuasión		La persona hará uso de las técnicas de contracontrol (banco de niebla, disco rayado).	16.6%
		Tono de voz	i.h.a.	25%
		Contacto visual	i.h.a.	25%
RESISTIR A LA PRESIÓN INDIVIDUAL O DE GRUPO				
	Autorrevelación asertiva		i.h.a.	25%
	En caso de que la persuasión sea muy fuerte, uso de técnicas de contracontrol		La persona usará disco rayado, banco de niebla, pregunta negativa, y compromiso viable.	25%
		Escuchar	La persona hará uso de la habilidad de escuchar.	16.6%
		Tono de voz	i.h.a.	16.6%
		Contacto visual	i.h.a.	16.6%
AFRONTAR LA BURLA				
	Decidir si se trata de una broma de mal gusto		La persona señalará en voz alta que es objeto de una burla.	20%
	Responder a la burla asertivamente		La persona pondrá en práctica técnicas de contracontrol.	30%
		Contacto visual	i.h.a.	25%
		Tono de voz	i.h.a.	25%

NEGOCIAR				
	Identificar el conflicto en voz alta		Aunque la naturaleza de este componente es esencialmente verbal, suele emitirse generalmente en formas encubiertas. La persona deberá definirlo como la verbalización expresa y resumida de las cuestiones en conflicto que justifican la negociación.	10%
	Plantear la necesidad de un acuerdo		Se define a través de la emisión verbal que resume los términos del compromiso negociado, mediante el objetivo o planteamiento de los derechos y obligaciones de ambas partes.	10%
	Establecer una proposición y que la otra parte establezca la suya		Proposición verbal manifiesta en forma de un acuerdo en el que el comportamiento de uno de los negociantes queda supeditado condicionalmente al comportamiento del otro.	15%
	Obtener una conclusión o un acuerdo			15%
		Contacto visual	i. h. a.	25%
		Tono de voz	i. h. a.	25%

i. h. a. igual que la habilidad anterior

C-II
CARTA DESCRIPTIVA
PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES (E.H.S.)

SESIÓN	HABILIDAD	OBJETIVO	TÉCNICA	RECURSOS MATERIALES	TIEMPO	OBSERVACIONES
1ª.	- Presentación. - Introducción de los aspectos teóricos de las H.S. y el A.E. - Establecer las reglas para el buen funcionamiento del entrenamiento.	- Propiciar el acercamiento entre los integrantes del grupo y los instructores. - Que el entrenado tenga una noción teórica básica de las H.S. y el A.E. a fin de facilitar el entrenamiento.	Ejercicio inicial de integración: "Romper el hielo" *	- Cartulinas - Marcadores - Lápices - Pizarrón	60 minutos	Se agregaron reglas propuestas por los entrenados.
2ª.	Escuchar	Que el adolescente aprenda a escuchar a su interlocutor.	Desarrollo de las técnicas del A.E.	- Rotafolio - Formatos de registros de observadores. - Formato de tareas.	50 minutos.	Los instructores anotarán en un formato los registros de cada observador.
3ª.	Iniciar y mantener una conversación.	Que el adolescente aprenda a establecer contacto social a través de un lenguaje apropiado a la situación interpersonal.	- "Temas vacíos" * - Desarrollo del A.E.	- Tarjetas - Rotafolio - Formato de registro de observadores. - Formato de tareas.	60 minutos	Los informes de tareas se comentarán al inicio de cada sesión.
4ª.	Auto-reforzamiento	Motivar a los adolescentes para que aprendan a reconocer, valorar y premiar sus logros.	- Desarrollo del A.E.	- Rotafolio - Hojas de registro	50 minutos	

5°.	Entender los sentimientos de otros.	Que el joven aprenda a manejar la empatía en la interacción social.	Desarrollo del A.E.	- Rotafolio. - Hojas de registro	50 minutos	
6°.	Hacer respetar sus derechos.	Desarrollar el uso de respuestas asertivas para disminuir conductas tímidas o agresivas en el reclamo de sus derechos.	Ejercicios para distinguir entre: - Derechos básicos y de rol* - Conducta asertiva/ no asertiva /agresiva* - Desarrollo del A.E.	- Rotafolio - Hojas de registro - Pizarrón	60 minutos	
7°.	Resistir la presión individual o de grupo.	Que el adolescente aprenda a tomar decisiones de acuerdo a su nivel de conducta moral.	- Desarrollo del A.E. - "Disco rayado"*	- Rotafolio - Hojas de registro	50 minutos	
8°.	Afrontar la burla	Enseñar al adolescente a enfrentar las burlas	- Desarrollo del A.E.	- Rotafolio - Hojas de registro	50 minutos	
9°.	Negociar	Que el joven aprenda a convencer a otros y se comprometa, tomando en cuenta los sentimientos de ambas partes	-Desarrollo del A.E.	- Rotafolio - Hojas de registro.	50 minutos.	Los instructores registrarán la ejecución de tareas y del juego de roles al final del entrenamiento.
10°.	Postevaluación	Se aplicarán los instrumentos utilizados en la preevaluación para establecer criterios de comparación de las variables depresión y habilidades sociales.	- Evaluación	-Inventario de Depresión de Kovacs. - Escala de habilidades sociales para adolescentes de Ríos.	90 minutos	Las pruebas se aplicarán a los grupos entrenados y al grupo control conjuntamente.

* Las estrategias de apoyo se describen en el apartado 3.1 del capítulo cuatro.

C-III

**EJEMPLOS DE CONSIGNAS EMPLEADAS PARA EL ENTRENAMIENTO DE
CADA UNA DE LAS HABILIDADES DEL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO**

HABILIDAD	CONSIGNAS
ESCUCHAR	Una adolescente charla con su amiga acerca de sus planes para las próximas vacaciones; la amiga escucha atentamente.
INICIAR Y MANTENER UNA CONVERSACIÓN	Un muchacho trata de entablar una conversación con una nueva compañera en el salón de clase. Al lograrlo trata de mantener interesada a su interlocutora con la plática.
AUTO – REFORZAMIENTO.	Un joven se premia reconoce su esfuerzo por aprobar todas sus asignaturas y decide premiarse yendo al cine.
ENTENDER LOS SENTIMIENTOS DE OTROS	Una adolescente entiende que su mamá está preocupada por problemas económicos, y decide no pedirle dinero para ir al cine con sus amigas.
HACER RESPETAR SUS DERECHOS	Un alumno pide a su profesor, de manera asertiva, que corrija una calificación errónea en su boleta de notas.
RESISTIR A LA PERSUASIÓN INDIVIDUAL O GRUPAL	Interacción de dos estudiantes, en la cual uno de ellos intenta persuadir al otro para que se vayan de "pinta"; éste se niega rotundamente.
AFRONTAR LA BURLA	En una fiesta dos amigas tratan de ridiculizar a otra adolescente, haciendo alusión a su obesidad. Ésta enfrenta la burla, con la técnica del disco rayado, de tal manera que aquellas pierden el interés por burlarse de ella.
NEGOCIAR	Interacción de padre e hijo. Éste quiere ir a una excursión, pero el padre prefiere que estudie. El hijo busca llegar a un acuerdo con el padre, prometiendo estudiar el fin de semana, si goza del permiso. El padre acepta.

APÉNDICE D

Formas de registro 1, 2, 3, 4, y 5 para el Programa de Entrenamiento.

REGISTRO PARA OBSERVADORESHABILIDAD: **ESCUCHAR ***

NOMBRE DEL ACTOR (evaluado): _____

NOMBRE DEL OBSERVADOR (evaluador): _____

CONSIGNA: _____

COMPONENTES	PORCENTAJE	SI	NO	COMENTARIOS
VERBALES				
Retroalimentación	25%			
Resumen y/o pregunta	25%			
NO VERBALES				
No interrumpir	18%			
Contacto visual	16%			
Proximidad física	16%			

Forma 2. Formato de registro para observadores para cada una de las habilidades entrenadas *

REGISTRO PARA OBSERVADORESHABILIDAD: **INICIAR Y MANTENER UNA CONVERSACIÓN ***

NOMBRE DEL ACTOR (evaluado): _____

NOMBRE DEL OBSERVADOR (evaluador): _____

CONSIGNA: _____

COMPONENTES	PORCENTAJE	SI	NO	COMENTARIOS
VERBALES				
Pregunta abierta	20%			
Autorevelación	20%			
Retroalimentación	10%			
NO VERBALES				
Contacto visual	20%			
Tono de voz	20%			
Proximidad física	10%			

REGISTRO PARA OBSERVADORES**HABILIDAD: AUTO-REFORZAMIENTO***

NOMBRE DEL ACTOR (evaluado): _____

NOMBRE DEL OBSERVADOR (evaluador): _____

CONSIGNA: _____

COMPONENTES	PORCENTAJES	SÍ	NO	COMENTARIOS
NO VERBALES				
Discriminación de la situación	33.3%			
Valoración de la ejecución	33.3%			
Autorreforzamiento	33.3%			

REGISTRO PARA OBSERVADORES**HABILIDAD: ENTENDER LOS SENTIMIENTOS DE OTROS***

NOMBRE DEL ACTOR (evaluado): _____

NOMBRE DEL OBSERVADOR (evaluador): _____

CONSIGNA: _____

COMPONENTES	PORCENTAJES	SÍ	NO	COMENTARIOS
VERBALES				
Autorrevelación asertiva	50%			
NO VERBALES				
Escuchar sin interrumpir	12.5%			
Contacto visual	12.5%			
Tono de voz	12.5%			
Proximidad física	12.5%			

REGISTRO PARA OBSERVADORES

HABILIDAD: HACER RESPETAR SUS DERECHOS*

NOMBRE DEL ACTOR: _____

NOMBRE DEL OBSERVADOR: _____

CONSIGNA: _____

COMPONENTES	PORCENTAJE	SÍ	NO	COMENTARIOS
VERBALES				
Argumentos mediante los cuales se podrían violar los derechos	16. 6%			
Rechazo de la situación en voz alta asertivamente	16. 6%			
Resistencia a la persuasión	16. 6%			
NO VERBALES				
Contacto visual	25%			
Tono de voz	25%			

REGISTRO PARA OBSERVADORES

HABILIDAD: RESISTIR A LA PRESIÓN INDIVIDUAL O DE GRUPO*

NOMBRE DEL ACTOR: _____

NOMBRE DEL OBSERVADOR: _____

CONSIGNA: _____

COMPONENTES	PORCENTAJE	SÍ	NO	COMENTARIOS
VERBALES				
Autorrevelación asertiva	25%			
En caso de que la persuasión sea muy fuerte, usar técnicas de contracontrol	25%			
NO VERBALES				
Escuchar	16. 6%			
Tono de voz	16. 6%			
Contacto visual	16. 6%			

REGISTRO PARA OBSERVADORESHABILIDAD: **AFRONTAR LA BURLA***

NOMBRE DEL ACTOR: _____

NOMBRE DEL OBSERVADOR: _____

CONSIGNA: _____

COMPONENTES	PORCENTAJES	SÍ	NO	COMENTARIOS
VERBALES				
Decidir si es una broma de mal gusto	20%			
Responder a la burla asertivamente	30%			
NO VERBALES				
Contacto visual	25%			
Tono de voz	25%			

REGISTRO PARA OBSERVADORESHABILIDAD: **NEGOCIAR**

NOMBRE DEL ACTOR: _____

NOMBRE DEL OBSERVADOR: _____

CONSIGNA: _____

COMPONENTES	PORCENTAJES	SÍ	NO	COMENTARIOS
VERBALES				
Identificar el conflicto en voz alta.	10%			
Plantear la necesidad de un acuerdo.	10%			
Establecer una proposición y que la otra parte establezca la suya.	15%			
Obtener una conclusión o un acuerdo.	15%			
NO VERBALES				
Contacto visual	25%			
Tono de voz	25%			

REGISTRO TOTAL DE OBSERVACIONES

GRUPO: _____

HABILIDAD: _____

ENTRENADO (actor): _____

COMPONENTES	%	OBSERVADORES						EV. TOTAL
VERBALES								
NO VERBALES								
SUMA TOTAL								

Forma 3. Registro total de las observaciones de los actores, para cada una de las habilidades.

REGISTRO TOTAL DE TAREAS PARA INSTRUCTORES

GRUPO: _____

PARTICIPANTES	SÍ	NO	DESEMPEÑO			
			EXCELENTE	BUENO	REGULAR	POBRE
1. -						
2. -						
3. -						
4. -						
5. -						
6. -						
7. -						
8. -						

Forma 4. Registro total de tareas de los participantes y su desempeño para el GE1 y GE2.

REGISTRO DE EVALUACIÓN FINAL DE LOS PARTICIPANTES

GRUPO: _____

HABILIDADES		PARTICIPANTES ENTRENADOS						
		1	2	3	4	5	6	7
ESCUCHAR	Ev. Juego de roles							
	Ev. Tareas							
INICIAR Y MANTENER UNA CONVERSACIÓN	Ev. Juego de roles							
	Ev. Tareas							
AUTO-REFORZAMIENTO	Ev. Juego de roles							
	Ev. Tareas							
ENTENDER LOS SENTIMIENTOS DE OTROS	Ev. Juego de roles							
	Ev. Tareas							
HACER RESPETAR SUS DERECHOS	Ev. Juego de roles							
	Ev. Tareas							
RESISTIR A LA PRESIÓN INDIVIDUAL O GRUPAL	Ev. Juego de roles							
	Ev. Tareas							
AFRONTAR LA BURLA	Ev. Juego de roles							
	Ev. Tareas							
NEGOCIAR	Ev. Juego de roles							
	Ev. Tareas							

Forma 5. Registro de la evaluación final de los entrenados considerando su participación en el juego de roles y el cumplimiento de las tareas.

APÉNDICE E

Reportes evaluativos de los integrantes del programa de entrenamiento en habilidades sociales.

LUNES 8 DE JUNIO DE 1998

FERNANDEZ MARTINEZ JULIANA

HOLA:

ANTES QUE NADA QUISIERA DAR GRACIAS A TERE Y JORGE POR HABERNOS BRINDADO SU APOYO Y MAS QUE NADA EL TIEMPO TAN VALIOSO QUE OCUPARON EN ENSEÑARNOS ALGUNAS DE LAS HABILIDADES QUE NOS LLEGARAN A SERVIR EN EL TRANSCURSO DE LA VIDA.

DE USTEDES APRENDI QUE PARA PODER QUERER A OTRA PERSONA HAY QUE EMPEZAR POR QUERERSE A UNO MISMO.

TAMBIEN EN QUE NO PODEMOS CAMBIAR ALA GENTE PERO A UNO MISMO SI REQUIERE EL ENTUSIASMO SE LOGRARA CLARO NO DE LA NOCHE A LA MANANA PERO SI CON EL TRANSCURSO DEL TIEMPO.

NO SOLO APRENDI ESO SINO TAMBIEN APRENDI A REALIZAR LAS HABILIDADES Y LLEVARLAS ACABO COMO:

-QUE SE RESPETEN MIS DERECHOS

-SABER ESCUCHAR

-SABER MANTENER UNA CONVERSACION

-AFRONTAR LA SERIA

-SABER NEGOCIAR

-RESPECTAR Y SABER ESCUCHAR LOS SENTIMIENTOS DE OTRAS PERSONAS

TAMBIEN APRENDI LAS DOS LEYES.

-LA DEL DISCO RAYADO

-LA DEL BARRIO DE NIEBLA

QUE ME HA AYUDADO MUCHO PARA QUE SE PASTIDIEN CUANDO ME MOLESTAN
MIS COMPANEROS.

QUIERO QUE SEPAN QUE ME SENTI AGUSTO POR QUE HICIERON QUE NOS
SINTIERAMOS EN CONFIANZA.

EN NINGUNA DE LAS HABILIDADES NO ME SENTI PRESIONADA NI OBLIGADA
MUCHO MENOS INSEGURA AL NO SABER Y MIEDO AL QUE ME DIJERAN
ALGO ... NADA DE ESO AL CONTRARIO ME SENTI AGUSTO EN CONFIANZA
Y SEGURA DE MI MISMA.

GRACIAS DERE Y JORGE



De: Nancy Maricela

☀️ 4 de Junio de 1998 ☀️

Para: Tere y Jorge

Solo les quiero agradecer por todo lo que me han enseñado
y por lo pacientes que son con todos nosotros por que nos han
enseñado muchas cosas como:

1. Aprender a escuchar
2. Retroalimentación
3. Comprender a los pacientes
4. No interrumpir
- 5: etc

También por que nos tienen confianza y yo a ustedes, por que han sido
muy buenos con nosotros, y por que siempre conlárennos con ustedes.

Gracias por comprendernos y apoyarnos en los problemas que
tuvimos yo y mis compañeros.

Gracias por todo.

Att: Nancy Maricela

Ojala que nunca nos olviden
y que los volvamos a ver.

FINI()E

GRACIAS'

'adios'

Adriana Patricia Ortiz Martínez

2^o C Turno : Matutino

Durante este tiempo que fui con los psicólogos (Tere y Jorge) aprendí muchas cosas que me ayudaron bastante con esas técnicas que utilizamos, "Me fui desarrollando poco a poco, desapareció mi timidez, aprendí a convivir con otras personas, a iniciar y mantener una conversación y a la vez escuchar y entender a las personas con las que hablaba.

Todo esto me ayudó bastante en mi auto-reforzamiento y autoestima. Ya que antes me sentía mal, acorralada y con ayuda de este grupo me fui desarrollando.

El comportamiento de los psicólogos también me ayudó mucho, pues si cometía un error no me regañaban, al contrario, me ayudaban y me daban muchos consejos para ser mejor.

Empecé a valorar lo que hacía, me enseñaron los derechos que tenía como persona.

Ahora se muchas cosas que antes ignoraba por mi timidez mi falta de comunicación.

GRACIAS.

* Si es posible, me gustaría que en terrero estuvieran con nosotros.

Adios.

Tere y Jorge ?

4-06-98.

No se que poner, no me resta mas que decirles que en este tiempo que estuve con ustedes me la pase muy bien aunque algunas veces no me gustaba lo que hacian pero la mayor parte me la pase muy bien y que les puedo decir?

Ni con mil palabras que escriba para ustedes voy a poder agradecer como nos ayudaron a todos y a mi en lo personal los agradezco infinitamente porque sus consejos, sus enseñanzas fueron muy benefactorias para mi. No se si los vuelva a ver solo me resta otra vez decirlo.

Gracias



- * Por su paciencia y comprensión
- * Por su amistad
- * Para poder valorarme como persona
- * Bueno en fin mil, un millón, de gracias

* Y no digo Adios
sino un Hasta Luego!

Los Quiero Mucho

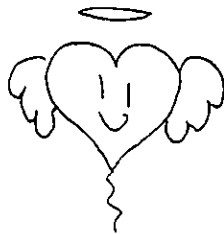
y acuerdense que yo tambien voy a ser una amiga muy especial para ustedes.

Mario Teresa: y Jorge

Les deseo muy buena suerte en su carrera para que
lleguen ha ser los mejores Psicólogos me encan-
taron sus buenos consejos y les doy mis más
sin me encanto estos demasiado con ustedes
Los quiero mucho y les doy muchas gracias
por todo despues de todo me hicieron cambiar
mis cosas malas por buenas talvez esta
carta sea algo insignificante Pero va muy
dentro de mi corazón son muy buenas
personas con nosotros son muy especiales
evidenciar mucho no demasiado porque la
verdad personas como ustedes ya no
hay solo una que otra los quiero
mucho

Juanita

(la latosa del grupo)



Psicología

Lo que aprendí fue más que nada valorarme a mí misma porque nunca me permitía también trato de afrontar los burlas que me dicen me encanta aprender y conocer cosas nuevas porque aprendo y razono las cosas muy bien trato de afrontar mis miedos me siento muy bien me siento especial y la verdad les agradezco demasiado a los Psicólogos o sea a María Teresa por sus consejos muy bonitos y también al gracioso Psicólogo Jorge porque se merecen una medalla o algo así son las mejores personas que conozco.

Atte: Juanita

SAMUEL HERRANDEZ ORTEGA

DESDE QUE EMPEZAMOS CON ESTE ENTRENAMIENTO E
SENTIDO QUE MI VIDA A CAMBIADO GRACIA A TODO
LO QUE E APRENDIDO

ME E SENTIDO MUY BIEN PORQUE E MEJORADO
EN MI CONDUCTA, NO DIGO QUE ME E BUELTO UN
MUNDO MUY BUENO PERO CREO QUE E MEJORADO
UN POCO

CREO QUE E VALORADO Y APRENDIDO QUE
YO VALGO MUCHO

SIENTO QUE EN ESTE MOMENTO Y DESDE ESTE
CAMBIE Y TENDRE MAS AMIGOS PORQUE E APRENDIDO
A COHBIVIR CON ELLOS

GRASIAS

Jesús Morales Correa

"Chucha"

Lo único que les quiero decir es que en el tiempo que estuve con ustedes me senti muy bien porque me enseñaron a resolver mis problemas gracias a sus enseñanzas y consejos que me dieron.

Me ayudaron a superar mi autoestima y mi autorreforzamiento, ahora ya doy importancia a mi esfuerzo

Lo que me gustó es que cuando explicaban alguna actividad no daban confianza, no nos daba miedo preguntar algo que no conocíamos, no tenía temor a que nos regañaran

P.D. Hasta Luego

PARA: TERE Y JORGE

ORDÓÑEZ CASTILLO MONTEARRAT

Antes que nada tengo que agradecerles todo lo que gracias a ustedes aprendí lo sentí que mi vida cambió que de un paso a ser una persona mejor

Aprendí que la vida es algo muy bonito que vale la pena saber que uno como ser humano haber mucho por el simple hecho de ser humano y tener la dicha de existir en este mundo porque nadie tiene el derecho de hacernos sentir mal y que cuando eso llegara a pasar dejemos ignorar y saber todo lo que yo como ser humano halgo

Tengo mucha que agradecerles porque gracias a ustedes supere muchos problemas, con ustedes compartí cosas que quizá con nadie había compartido con tanta confianza y quedo muy satisfecho porque se que escuche un consejo sincero y bueno Aprendí una de las cosas importantes para la sociedad entera aprender a escuchar y comprender a los demás personas y a hablarme como lo que soy y lo que halgo.

GRACIAS

Por Jaber se Jaber

D.T.T. Montse.



Galvez Rico Arturo

Les doy las gracias por darnos esta pequeña ayuda para sobresalir en mi vida personal tanto como en mi casa como en la escuela.

Tambien me ayudaron mucho a superarme, a valorar mis trabajos, supere mi autoestima y mi valor emocional

Gracias

GR

△

att.

C

Galvez

△
S